

POLITIQUES SANITAIRES ET SÉGRÉGATION URBAINE DANS LES VILLES AFRICAINES: DE LA PEUR DE L'ÉPIDÉMIE À L'ÉPIDÉMIE DE LA PEUR

VALERIO BINI

[...] ἐν δ' ὁ πυρφόρος θεὸς
σκήψας ἐλαύνει, λοιμὸς ἔχθιστος, πόλιν,
ὑφ' οὗ κενούται δῶμα Καδμείον, μέλας
δ' Ἄιδης στεναγμοῖς καὶ γόοις πλουτίζεται.

Une déesse portetorche, déesse affreuse
entre toutes, la Peste, s'est abattue sur nous,
fouillant notre ville et vidant peu à peu la
maison de Cadmos, cependant que le noir
Enfer va s'enrichissant de nos plaintes, de
nos sanglots.
(*Œdipe roi*, tr. Paul Mazon, 1958)

Épidémie, salubrité et développement urbain

Dans *Œdipe roi* l'histoire commence avec une épidémie dans la ville de Thèbes et plus précisément par la décision des autorités politiques d'expulser le responsable de cette épidémie. Dans cet exemple, issu d'un des textes fondateurs de la culture européenne, on peut noter que le rapport entre développement des villes et gestion des épidémies est direct et structurel. La naissance des villes dans l'histoire pose immédiatement le problème de la diffusion des maladies parmi des groupes humains concentrés et la gestion des épidémies se traduit aussitôt par une politique urbaine.

Certains auteurs arrivent à décerner dans ces politiques de gestion urbaine de la maladie, des interprétations différentes de l'espace et de la politique: Michel FOUCAULT, dans ses analyses du biopouvoir, décrit comment le contrôle des corps dans l'espace urbain français évolue avec l'histoire des "systèmes politico-médicaux"¹. Si le contrôle de la lèpre au Moyen Âge prévoyait l'expul-

¹ Michel FOUCAULT, *Dits et Écrits*, tome 2: 1976 – 1988, Paris, Gallimard, 2001, pp. 215-223.

sion du malade de l'espace urbain, le modèle d'organisation médicale engendré par la peste, qui s'affirme pendant l'époque moderne,

consistait à répartir les individus les uns à côté des autres, à les isoler, à les individualiser, à les surveiller un à un, à contrôler leur état de santé, à vérifier s'ils vivaient encore ou s'ils étaient morts et à maintenir ainsi la société en un espace compartimenté, constamment surveillé et contrôlé par un registre, le plus complet possible, de tous les événements survenus.²

Le lien entre le contrôle des épidémies et la gestion de l'espace urbain devient plus fort à la fin du XVIII^e et au XIX^e siècle avec la création des notions de "salubrité" et "hygiène publique". La destruction des quartiers populaires et la réalisation des grandes avenues dans les villes européennes du XIX^e siècle sont la manifestation concrète de cette nouvelle relation entre la gestion des épidémies et la planification urbaine.

Ces théories seront appliquées avec détermination en Afrique pendant la colonisation, avec des conséquences sur le développement de villes africaines: le modèle ségrégationniste qui caractérise les villes africaines coloniales trouve ses fondements idéologiques dans les théories de la race qui se développent au XIX^e siècle et dans l'impérialisme économique, mais aussi dans ces nouvelles théories de l'hygiénisme. À plusieurs occasions les théories hygiénistes furent utilisées comme justification scientifique de la ségrégation raciale qui ne pouvait pas être affirmée de façon explicite par la culture universaliste française, et le cas de Dakar en est un bon exemple³.

La politique de l'hygiénisme en Afrique Occidentale Française (AOF)

Les Français avaient fondé la ville de Saint-Louis en 1659 et contrôlaient l'île de Gorée depuis 1677, mais jusqu'au XIX^e siècle leur présence sur la côte était extrêmement limitée. C'est seulement en 1854 avec la nomination de Louis FAIDHERBE comme Gouverneur du Sénégal que commence la consolidation de l'occupation française en Afrique Occidentale. L'organisation de la vie dans la colonie avance assez rapidement, mais encore à la fin du XIX^e siècle les villes du Sénégal ne bénéficiaient pas d'une bonne réputation: elles étaient considérées comme une sorte de lande sauvage où, selon les doctrines hy-

² Michel FOUCAULT, "La naissance de la médecine sociale", in *Ibid.*, p. 226.

³ Liora BIGON, "A History of Urban Planning and Infectious Diseases: Colonial Senegal in the Early Twentieth Century", *Urban Studies Research*, 2012, pp. 1-12.

giénistes, l'air putride était à l'origine des maladies qui fauchaient les colons européens. Voici la description de Saint-Louis donnée par Pierre LOTI, le très connu romancier de l'exotisme français de la fin-de-siècle:

– Les ondées d'orage continuaient à tomber... – Les grands marais fétides, les eaux stagnantes, saturées de miasmes de fièvre, gagnaient du terrain chaque jour; une haute végétation herbacée couvrait maintenant ce pays de sable... – Le soir, le soleil était comme pâli par un excès débilissant de chaleur et d'émanations délétères.⁴

Le soleil même semble affaibli par les “émanations délétères” de la principale ville de l'AOF de l'époque. Mais la situation était peut être encore plus grave à Dakar, ville créée à partir de 1857 pour devenir la nouvelle capitale de l'AOF. Selon Georges RIBOT, Médecin-Major des Troupes coloniales, et Robert LAFON, Secrétaire de la mairie de Dakar en 1908,

de toutes les villes coloniales françaises, Dakar est assurément celle dont la réputation d'insalubrité est demeurée le plus solidement établie.

De nos jours encore, il suffit de parler en France du Sénégal et surtout de Dakar pour évoquer l'idée d'un climat meurtrier, décimant les audacieux ou les imprudents qui prétendent y vivre.⁵

En effet la situation sanitaire à Dakar était critique et les épidémies se succédaient sans délai. Parmi les plus mortifères, on peut citer deux épidémies de choléra en 1868-69 et 1898 et une de fièvre jaune en 1900⁶. Même pendant les premières années du XX^e siècle on note, après la fièvre jaune de 1900, la variole en 1903, la gastro-entérite en 1904, l'entérite en 1905...

La situation sanitaire était critique dans toute l'Afrique coloniale, si bien qu'en 1904 la Présidence de la République signa un “décret relatif à la protection de la santé publique en Afrique Occidentale Française” basé sur le principe de salubrité du milieu et donc sur l'importance du contrôle des espaces urbains, publics et privés. En conséquence de ce décret, un service municipal d'hygiène dans les communes du Sénégal fut institué et les municipalités étaient autorisées à inspecter les habitations et à imposer les transformations nécessaires à la santé publique.

Mais c'est au niveau de la planification urbaine que le lien entre politique d'hygiène publique et contrôle de l'es-

⁴ Pierre LOTI, *Le Roman d'un spahi* [1881], Paris, Calmann-Lévy, 1893, p. 115.

⁵ Georges RIBOT, Robert LAFON, *Dakar, ses origines, son avenir*, Bordeaux, Imprimerie de G. Delmas, 1908, p. 7.

⁶ Elikia M'BOKOLO, “Peste et société urbaine à Dakar: l'épidémie de 1914”, *Cahiers d'études africaines*, vol. 22, n. 85-86, 1982, pp. 27-44.

pace fut plus évident, avec une réorganisation des espaces et des services urbains. À Dakar, les interventions étaient focalisées sur le port, les voies publiques et la gestion des eaux. Le port de Dakar au début du XX^e siècle versait dans des conditions déplorables, une “plage immonde où tous les indigènes venaient déverser les immondices”⁷. Ses conditions sanitaires étaient stratégiques pour la ville de Dakar, mais aussi pour le contrôle des épidémies en France et dans toute l’Afrique coloniale et donc on réalisa des travaux pour améliorer la situation, avec des quais modernes et un système embryonnaire de gestion des ordures.

Au niveau de l’espace urbain, suivant les principes de salubrité qui préconisaient une bonne circulation de l’air, on élargit certaines routes et on réalisa de nombreuses avenues, afin d’assurer un meilleur contrôle de la ville et un certain urbanisme monumental. Par ailleurs, selon les autorités, la gestion des ravines et des espaces marécageux autour de la ville devait réduire les miasmes responsables des maladies et limiter la diffusion des moustiques vecteurs du paludisme. Les autorités coloniales avaient confiance en cette nouvelle politique d’hygiène publique et se montraient assez optimistes sur l’évolution de la situation sanitaire de la ville de Dakar:

les maladies épidémiques qui ont autrefois ravagé Dakar – on lit dans le rapport de Ribot et Lafon – semblent avoir disparu depuis trois ans. Les cas épidémiques demeurent isolés et là nous devons constater les heureux résultats de désinfections sérieuses et méthodiques.⁸

Malheureusement cet optimisme sera bientôt contredit par une épidémie de peste qui se diffusa en Afrique de l’Ouest dans les premières années du XX^e siècle.

La peste à Dakar

La troisième pandémie de peste a eu son origine en Chine vers la fin du XIX^e siècle et s’est développée par la suite au Japon et en Inde. En Afrique de l’Ouest la peste est apparue pour la première fois en 1903 à Grand Bassam, une des principales villes de l’Afrique coloniale française et capitale de la Côte d’Ivoire jusqu’à 1899, lorsque la présence européenne fut décimée par une épidémie de fièvre jaune. En 1908, une épidémie de peste est signalée à Accra, en Côte d’Or, et en 1912 la maladie frappe la Casamance, 200 km au Sud de Dakar. Dans la capitale de

⁷ Georges RIBOT, Robert LAFON, *op. cit.*, p. 66.

⁸ *Ibid.*, p. 54.

l'AOF les autorités municipales ne semblent pas s'inquiéter et aucune mesure spécifique n'est mise en place pour défendre la ville de la contagion: quand, en avril 1914, on registre les premières victimes, les autorités tardent à reconnaître le problème⁹.

L'épidémie se développe à Dakar dans la période avril 1914 – janvier 1915, causant environ 1500 morts, surtout dans les quartiers pauvres, habités par la population locale. La gestion de l'épidémie par les autorités municipales a des conséquences très importantes sur la société urbaine et sur le développement de la ville. Les pratiques culturelles associées aux funérailles sont immédiatement affectées: le malade doit être forcément transporté à l'hôpital et après la mort son corps doit être traité avec des produits chimiques et enterré en suivant un protocole spécifique. Il s'agit d'une application extensive du concept de "nécropouvoir", élaboré par le politologue camerounais Achille MBEMBE. Dans sa formulation originale, le mot fait référence au pouvoir "de faire mourir, de laisser vivre ou d'exposer à la mort" typique du régime colonial¹⁰. Dans ce cas, le nécropouvoir est aussi le pouvoir absolu sur les modalités selon lesquelles on meurt et sur la gestion des corps des défunts.

Mais, au-delà du contrôle des cadavres, la peste de Dakar impose une nouvelle discipline des corps vivants, en créant deux cordons sanitaires qui règlent les mouvements des individus, surtout des Africains, dans l'espace urbain. Toutes ces décisions, prises sans impliquer la collectivité locale, sont fortement contestées par la population africaine, y voyant une sorte de vengeance pour le vote de 1914 qui pour la première fois avait élu un noir, le sénégalais Blaise DIAGNE, à l'Assemblée Nationale française.

Encore plus dures seront les réactions locales aux interventions d'urbanisme adoptées pour faire face à l'épidémie. Suivant les principes de l'hygiénisme, les maisons des malades sont détruites par le feu avec tous les effets induits: entre les mois de mai et décembre 1914 dans la ville de Dakar 641 cases et 953 paillotes sont démolies¹¹. L'administration se propose de déplacer la population indigène du centre-ville, pour créer un nouvel espace réservé aux Africains. La démolition se réalisera avec d'importantes résistances, surtout de la part des Lebous, les premiers occupants de la région, mais le nouveau quartier, appelé Médina par les colonisateurs en souvenir des quartiers indigènes de l'Afrique du Nord, surgira et se développera dans les décennies suivantes.

⁹ Elikia M'BOKOLO, art. cit., p. 17.

¹⁰ Achille MBEMBE, "Nécropolitique", *Raisons politiques*, n. 21, 2006, p. 30.

¹¹ Elikia M'BOKOLO, art. cit., pp. 27-44.

La peste de 1914 fut donc utilisée par les colonisateurs pour transformer la ville selon un modèle ségrégationniste qui était justifié par des raisons médicales, mais qui en réalité trouvait ses fondements dans le projet d'exploitation coloniale et dans les théories racistes qui se développaient en Europe au même moment.

En même temps, cet épisode fut à l'origine d'une nouvelle culture locale. Malgré l'emplacement mal choisi, constamment inondé par les pluies, la Médina se développa rapidement en devenant le quartier symbole de la Dakar 'traditionnelle'. Dans son premier court métrage, *Borom Sarret* (1963), Ousmane SEMBÈNE narre l'histoire d'un charretier de la Médina à qui on interdit d'entrer dans le nouveau quartier blanc, le Plateau. C'est l'occasion pour le réalisateur sénégalais de montrer la vie de la Médina et la ségrégation spatiale qui affectait la ville, même après l'indépendance. Une ségrégation qui naît avec l'épidémie de 1914, mais qui se poursuit dans les décennies suivantes et arrive jusqu'à nos jours.

Épidémies et ségrégation urbaine

Il y a donc un lien très fort entre les épidémies, les politiques de l'hygiénisme et la ségrégation urbaine coloniale. L'"occupation fragmentée"¹², qui caractérise la territorialisation coloniale, se structure à partir d'une séparation entre une ville 'blanche' saine et des 'villages noirs', stigmatisés par la maladie et la mort:

La ville du colonisé – disait Frantz FANON – ou du moins la ville indigène, le village nègre, la médina, la réserve est un lieu mal famé, peuplé d'hommes mal famés. On y naît n'importe où, n'importe comment. On y meurt n'importe où, de n'importe quoi.¹³

Cependant, loin d'être confinée à un épisode de l'histoire coloniale, cette relation ambiguë entre épidémie et politiques urbaines traverse le temps et l'espace. On retrouve ces principes, par exemple, dans les politiques urbaines en Afrique du Sud pendant l'apartheid, la manifestation la plus extrême de la ségrégation raciale. Et il y a quelque chose de paradoxal dans le fait que la pandémie africaine actuelle la plus importante, celle du SIDA, soit explosée précisément dans l'État le plus ségrégué d'Afrique.

L'anthropologue Frédéric LE MARCIS a analysé la gestion de l'espace ségrégué des villes sud-africaines par les

¹² Achille MBEMBE, art. cit., p. 45.

¹³ Frantz FANON, *Les damnés de la terre*, Paris, Maspero, 1961, p. 32.

malades de SIDA¹⁴. D'un côté la fragmentation issue de l'apartheid, toujours présente en Afrique du Sud, entrave les mouvements des malades et rend encore plus difficile la gestion de la maladie par les habitants les plus pauvres de la ville, les plus affectés par l'épidémie. De l'autre côté cette même ségrégation garantit un certain anonymat aux victimes d'une maladie qui est encore souvent perçue comme un stigmat social.

Plus en profondeur et de façon indirecte, le lien entre épidémie et ségrégation urbaine se transmet aujourd'hui par le langage et les pratiques des projets de 'réhabilitation' ou de 'régénération' urbaine. Dans ce genre de projets l'aspiration à un environnement sain, au sens propre et figuré, est souvent le moteur des actions qui tendent à créer des 'îles' de salubrité économique, sociale et sanitaire en éliminant les parties 'malades' de la villes, les bidonvilles et les quartiers pauvres. Parmi les exemples les plus connus, on peut citer le cas du quartier informel de Maroko de la ville de Lagos, détruit par les autorités nigérianes en 1990. La démolition de ce quartier, qui abritait plus de 300.000 habitants, fut présentée par l'administration comme une nécessité pour la ville de Lagos contre le risque d'inondation et la diffusion d'épidémies¹⁵. Plus récemment on peut citer le cas du centre-ville d'Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso, avec le projet ZACA, qui devait remplacer le quartier populaire de Zangouetin, caractérisé par un environnement physique et social difficile, avec une nouvelle zone commerciale et administrative. Le projet attend encore les financements pour sa réalisation, mais entretemps le quartier 'malsain' a été détruit et les habitants déplacés loin du centre-ville¹⁶. L'obsession de la contagion sociale trouve sa manifestation extrême dans la forme la plus avancée de ségrégationnisme urbain contemporain, les *gated communities*, les nouveaux quartiers résidentiels clôturés d'origine américaine, qui sont en train de se diffuser en Afrique. Les habitants de ces quartiers fuient l'environnement malsain des villes africaines, mais surtout cherchent à se préserver des maladies sociales de la ville contemporaine: la pauvreté et la violence.

Si donc à l'époque coloniale la terreur des épidémies était utilisée pour justifier la ségrégation urbaine, aujourd'hui de nouvelles peurs alimentent la création d'îles séparées du reste du tissu urbain. La pauvreté et la violence sont considérées, dans maintes politiques contemporaines de développement urbain, moins comme des problèmes à résoudre que comme des pathologies à iso-

¹⁴ Frédéric LE MARCIS, "The Suffering Body of the City", *Public Culture*, vol. 16, n. 3, pp. 453-477.

¹⁵ Tunde AGBOLA, A.M. JINDAU, "Forced eviction and forced relocation in Nigeria: the experience of those evicted from Maroko in 1990", *Environment and Urbanization*, vol. 9, n. 2, 1997, pp. 271-288.

¹⁶ Sara BIN, Valerio BINI, "Nou pas bouger. Habiter Ouagadougou ai tempi del Projet Zaca", *Quaderni del Dottorato "Uomo e ambiente" dell'Università di Padova*, n. 1, 2007, pp. 99-112.

ler de la partie saine, performante, compétitive des villes africaines. Cette stratégie urbanistique 'médicale' risque de répliquer le modèle ségrégationniste colonial en confinant le bien-être dans des 'espaces de quarantaine' contournés par le corps malade de la ville.