



Mémoire
Présenté par
M.Mody
Kanté

Université Cheikh Anta Diop de
Dakar
FACULTE DES LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES
DEPARTEMENT D'HISTOIRE

POLITIQUES SANITAIRES DANS LA
MISE EN VALEUR DE LA COLONIE DU
SENEGAL(1939-1960)

Année académique :
2010-2011

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



**FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES
HUMAINES**

DEPARTEMENT D'HISTOIRE

**POLITIQUES SANITAIRES DANS LA MISE
EN VALEUR DE LA COLONIE DU SENEGAL
(1939-1960)**

**Mémoire de maîtrise d'histoire
présenté grâce à une subvention du CODESRIA**

Par
M. Mody Kanté

Sous la direction de :
M. Mamadou Fall
Maître-Assistant

Année universitaire
2010-2011

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



**FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES
HUMAINES**

DEPARTEMENT D'HISTOIRE

**POLITIQUES SANITAIRES DANS LA MISE EN
VALEUR DE LA COLONIE DU SENEGAL
(1939-1960)**

**Mémoire de maîtrise d'histoire
présenté grâce à une subvention du CODESRIA**

Par
M. Mody Kanté

Sous la direction de :
M. Mamadou Fall
Maître-Assistant

Année universitaire
2010-2011

**POLITIQUES SANITAIRES DANS LA MISE EN
VALEUR DE LA COLONIE DU SENEGAL
(1939-1960)**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Sommaire

POLITIQUES SANITAIRES DANS LA MISE EN VALEUR DE LA COLONIE DU SÉNÉGAL (1939-1960)

INTRODUCTION GÉNÉRALE

PREMIÈRE PARTIE : LES SERVICES SANITAIRES DANS LA MISE EN VALEUR

CHAPITRE I : LES SERVICES GÉNÉRAUX

- A- Les hôpitaux et les ambulances
- B- Les dispensaires
- C- Les services d'hygiène

CHAPITRE II : LES SERVICES SPÉCIALISÉS

- A- Les léproseries
- B- Les lazarets
- C- Les hyposeries
- D- Les œuvres de bienfaisance

CHAPITRE III : LES SERVICES SPÉCIAUX

- A- L'Institut Pasteur de Dakar.
- B- De l'origine de l'Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA)
- C- Le Centre Fédéral de Transfusion Sanguine

CHAPITRE IV : LES SERVICES ITINÉRANTS

- A- Les groupes sanitaires mobiles locaux
- B- Les groupes sanitaires mobiles du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP)

DEUXIÈME PARTIE : L'APPORT DU PERSONNEL DE SANTÉ ET DES ÉCOLES DE FORMATION SANITAIRE DANS LA MISE EN VALEUR

CHAPITRE I : LE PERSONNEL EUROPÉEN

- A- Le personnel technique
- B- Le personnel subalterne

CHAPITRE II : LE PERSONNEL AFRICAIN

- A- Le personnel technique africain
- B- Le personnel subalterne africain
- C- Le personnel de service africain

CHAPITRE III : LES PREMIÈRES ÉCOLES.

- A- L'École Médecine de Dakar.
- B- Les autres écoles du service de santé

CHAPITRE IV : LES NOUVELLES ÉCOLES

- A- L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dakar

- B- De l'école des sages-femmes africaines à l'école de sages-femmes d'État de Dakar
- C- L'école d'infirmiers et infirmières d'État de Dakar

TROISIÈME PARTIE : ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE ET HYGIÈNE PUBLIQUES

CHAPITRE I : LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)

- A- La protection prénatale
- B- La protection périnatale
- C- La protection postnatale

CHAPITRE II : LA LUTTE CONTRE LES MALADIES DOMINANTES

- A- Les maladies pestilentiennes
- B- Les maladies endémo-épidémiques
- C- Les maladies sociales
- D- Les maladies transmissibles

CHAPITRE III : LA POLICE SANITAIRE AUX FRONTIÈRES

- A- La police sanitaire maritime
- B- La police sanitaire aérienne
- C- La police sanitaire terrestre

CHAPITRE IV : L'HYGIÈNE DES COLLECTIVITÉS

- A- L'hygiène des écoles
- B- L'hygiène des prisons
- C- L'hygiène de la main-d'œuvre
- D- L'hygiène urbaine et Hygiène rurale
- E- La surveillance médicale de la prostitution

Conclusion générale

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Dédicace

À la mémoire de ma grand-mère Hadia Sindiké Boubou Bomou, l'arbre de ma famille, la mère de tous les enfants. Pour l'inestimable affection que vous avez sue, avec constance, témoigner à ma personne. Dieu le Tout-Puissant vous a rappelé avant ce jour. Je ne cesserai jamais de vous pleurer dans ce bas-monde, « femme parfaite ». Derrière Toi tout est dépeuplé. Aujourd'hui que j'ai connu c'est que la perte d'un parent cher. Vous m'avez laissé dans le vide total.

Je prie pour le repos de votre âme !

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Remerciements

-Mes vifs et sincères remerciements vont à Monsieur Mamadou Fall, le facilitateur de la vie, qui, dans la direction de ce travail, a toujours avec plaisir mis à ma disposition divers moyens scientifiques et moraux indispensables pour sa réalisation. Je vous dis simplement merci et vous prie de croire à ma profonde reconnaissance et ma respectueuse admiration.

-Je remercie ses collègues, en l'occurrence Monsieur Ibrahima Thioub qui n'a jamais tardé à répondre à mes questions via le net.

-Je remercie Monsieur Yaya Sy, Historien-Anthropologue. Vos pertinentes suggestions et les sages conseils que vous me prodiguez toujours via le net depuis la Martinique ont donné une impulsion à ce travail. Vous resterez un maître à consulter.

-Je remercie Monsieur Souleymane Demba Ndiaye, Historien à la Faculté des Sciences et Technologies de l'Éducation et de la Formation (FASTEF). Je reste devoir de lui la correction de certaines de mes positions historiques. Recevez ma profonde gratitude.

-Mes remerciements s'adressent à tous les membres de ma famille. Au regard de leur nombre trop important, j'évite d'ouvrir une liste. Mais je ne peux ne pas citer mes chers oncles, mes « moi », Mamadou Samba Grève, Harouna Samba Grève, Moctar Samba Grève, Sallou Samba Grève dit Basalou qui ont beaucoup contribué à mon éducation. Si je suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous.

-Je ne puis oublier ici tous les étudiants de ma promotion et je n'ose pas citer un nom car ils m'ont surnommé « l'ami de tous ».

-Mes cordiaux remerciements vont aussi à l'ensemble du personnel des Archives Nationales du Sénégal (ANS) en particulier Monsieur Mamadou Ndiaye et Madame Badji née Mossane Diouf qui ont mis à ma disposition des documents archivistiques indispensables à sa réalisation.

-Je veux exprimer toute ma reconnaissance au Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique (CODESRIA) qui a bien voulu m'accorder une subvention dans le cadre de son Programme de Petites Subventions pour la rédaction des Mémoires et Thèses – session 2010.

Sigles et abréviations

AEF :	Afrique Equatoriale Française
AMA :	Assistance Médicale Afrique
AMI :	Assistance Médicale Indigène
ANS :	Archives Nationales du Sénégal
AOF :	Afrique Occidentale Française
ASNOM :	Association Amicale Santé Navale et d'Outre-Mer
BCG :	Bacille de Calmette et Guérin
CEPE :	Certificat d'Etudes Primaires Elémentaires
CFTS :	Centre Fédéral de Transfusion Sanguine
CNRS :	Comité National de la Recherche Scientifique
CODESRIA :	Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique
EAMP :	Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie
EIID :	Ecole d'Infirmiers et Infirmières d'État de Dakar
FAO :	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FIDES :	Fonds d'Investissement pour le Développement Economique et Social
FISE :	Fonds International de Secours à l'Enfance
FOM :	France d'Outre-Mer
HCA :	Hôpital Central Africain
HCI :	Hôpital Central Indigène
IFAN :	Institut Français d'Afrique Noire
IHED :	Institut des Hautes Etudes de Dakar
IHS :	Institut d'Hygiène Sociale
JOAOF :	Journal officiel Afrique Occidentale Française
JOS :	Journal officiel su Sénégal

LCR :	Liquide Céphalo-Rachidien
MAS :	Mission d'Aménagement du Sénégal
OCCGE :	Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de Santé
ONU :	Organisation des Nations Unies
ORANA :	Organisme de Recherches sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines
ORSTOM :	Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
SDS :	Service Dentaire Social
SGAMS :	Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil
SGHMP :	Service Général d'Hygiène Mobile et Prophylaxie
SGIME :	Service Général de l'Inspection Médicale des École
STHMP :	Service Territorial d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie
TOM :	Territoire d'Outre-Mer
TC :	Troupes Coloniales
UCAD :	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UNICEF :	Fonds des Nations Unies de Secours d'Urgence à l'Enfance

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

En septembre 2000, 189 nations se sont réunies à New-York aux États-Unis, pour signer les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), en vue de réduire la pauvreté dans le monde d'ici à 2015. Parmi ces objectifs, la santé se taille la part du lion (OMD-4, OMD-5 et OMD-6). Le concept de développement a comme antécédent la mise en valeur des colonies qui a été vulgarisée par Albert Sarraut, ministre des colonies. Jusqu'en 1958, la plupart des discours coloniaux y firent référence¹. Ce vaste projet ne pouvait être réalisé sans une amélioration de l'état de santé des populations qui constituaient le principal réservoir de main-d'œuvre², son objectif était donc « de conserver et d'augmenter le capital humain pour pouvoir faire travailler et fructifier le capital argent »³. La politique sanitaire avait comme but principal d'améliorer « la race noire » en qualité et en quantité indispensable à la mise en valeur des colonies. Elle était guidée par ce principe directeur : « faire du noir et du noir de qualité ⁴ » et ne se bornant plus, comme par le passé, à une action médicale individuelle, curative, limitée aux hôpitaux des centres urbains et aux dispensaires de la brousse. Le service de santé s'était résolument engagé dans la voie de la médecine collective et sociale, en développant les services d'hygiène et de médecine préventive et en dotant les services de prophylaxie de moyens, en personnel et en matériel, leur permettant de porter leurs actions jusque dans les villages les plus reculés de la brousse⁵.

Ainsi, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale (1939-1945), les infrastructures sanitaires de la colonie étaient mises en état, avec les investissements nécessaires pour la rendre capable de jouer son rôle au regard des acquisitions de la science médicale et des besoins exprimés par les populations. C'est dans ce cadre que la santé publique, avec l'aide importante du Fonds d'Investissement pour le Développement Économique et Social (FIDES) créé par la loi du 30 avril 1946, qui devait permettre de réaliser deux plans successifs (1946-1952 et 1953-1957)⁶, avait entrepris des réformes de structures, aussi bien dans le domaine de la médecine individuelle que dans celui de la médecine de masse. Elle visait d'une part à moderniser ce qui existait aussi bien dans les locaux que dans l'équipement à l'intérieur des formations qu'à construire des ensembles hospitaliers nouveaux ; d'autre part intensifier, par la création de nouvelles sections, au sein du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP), la lutte contre les grandes endémies qui occasionnaient chaque année une mortalité considérable⁷.

¹J. Martin, *Lexique de la colonisation française*, Paris, Dalloz, 1988, p. 296.

²A. Ndiaye, « La formation du personnel médical en AOF : un aspect d'intégration sanitaire », in Colloque sur le thème « AOF : esquisse d'une intégration africaine, Dakar, 16-23 juin 1995 » Résumé des communications. Dakar, Primature, Secrétaire Général du Gouvernement/Direction des Archives, p. 136.

³A. Sarraut, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot, 1923, pp. 94-95.

⁴ANS, 2G43-61, AOF, Rapports annuels, Services sanitaires et médicaux 1943, pp. 1-2.

⁵ANS, 2H-48 (26), Assistance médicale et hygiène sociale en AOF : rapports 1944-1947, p. 1.

⁶H. d' Almeida-Topor, *L'Afrique au XX^e siècle*, Paris, Armand Colin/HER, 1993-1999, p. 170.

⁷ANS, 2H145 (26), Note n° 01728/SP. Tech. AD du 4 avril 1957 sur le Troisième plan quadriennal du FIDES, p. 1.

L'élaboration d'un programme d'action comprenait la lutte contre les grandes endémies et épidémies (peste, fièvre jaune, variole, paludisme, trypanosomiase, tuberculose, syphilis, lèpre, méningite cérébrospinale, tétanos, etc.), afin de disposer d'un « réservoir humain » en bonne santé et apte à travailler dans les plantations et construire les routes, ponts ou chemins de fer ; par la création des services d'hygiène mobile et des grands services spécialisés. La lutte contre la mortalité et mortalité infantile en particulier par la création de dispensaires et de maternités, d'où étaient données des consultations aux femmes enceintes, aux nourrissons et aux enfants, et d'où étaient diffusées les notions élémentaires d'hygiène et de puériculture. Le service de la « Protection de la Mère et de l'Enfant » s'était considérablement développé, complété par celui de l'Inspection Médicale des Écoles qui surveillait la santé et la croissance de l'enfant pendant toute la période scolaire et jusqu'à l'adolescence, voire l'âge adulte⁸. Cet ensemble était complété par un certain nombre d'établissements scientifiques, centres d'études ou de thérapeutique, spécialisés dans la recherche scientifique en matière d'épidémiologie, de sérologie, de prophylaxie, de chimie, d'entomologie et de thérapeutique. Il était indispensable également de mettre ces populations à l'abri de la sous-alimentation et de la malnutrition⁹. Pour empêcher l'apparition des maladies dans la colonie, une police sanitaire aux frontières était mise sur pieds. L'importance de la croissance de la population demandait que des mesures soient prises en matière d'hygiène et d'assainissement.

La politique sanitaire pour préserver « le capital humain » ne pouvait être efficace sans le travail en amont réalisé dans les écoles de formation sanitaire d'où était formé les personnels sanitaires africains non seulement pour faire face au déficit numérique de leurs homologues européens, mais aussi pour améliorer les conditions d'hygiène et de salubrité publiques. Le plus grand soin était apporté à leur recrutement et à leur formation. Cette politique de médicalisation soutenait la relance démographique.

Toutefois, l'idéal pour le colonisateur était non seulement d'exploiter la colonie mais aussi les forces productives dans le but d'accroître son profit. Donc, l'orientation de la politique d'accroissement démographique était la condition première du démarrage économique, ce qui supposait « un plan de développement matériel dicté par le souci d'élever rapidement les peuples africains à un niveau de vie meilleure »¹⁰. Ainsi, les populations africaines, principales pourvoyeuses de la force de travail, devraient être protégées par l'extension de la médecine

⁸ANS, 2H-126 (26), Santé en AOF. Instruction du Gouverneur général Carde sur le développement de l'assistance médicale indigène sociale et sur la protection sanitaire des travailleurs en AOF, pp. 1-2.

⁹ANS, 17G231 (104), Rapport sur l'hygiène et la santé publique en AOF, pp. 1-2.

¹⁰C. Coquery-Vidrovitch, « La politique économique coloniale », in : C. Coquery-Vidrovitch, O. Goerg, (sous la dir.), *L'Afrique occidentale au temps des Français. Colonisateurs et Colonisés, (c. 1860-1960)*, Paris, La Découverte, 1992, p. 134.

préventive, l'hygiène et l'assistance¹¹.

Ainsi, en choisissant comme sujet « *Politiques sanitaires dans la mise en valeur de la colonie du Sénégal (1939-1960)* », il s'agit pour nous, non seulement, d'étudier les politiques sanitaires, mais aussi de pointer du doigt un aspect souvent négligé dans les études de ce genre : la mise en valeur coloniale.

L'intérêt de ce travail est d'apporter une modeste contribution à l'historiographie du Sénégal.

La santé est l'une des pages sombres de l'histoire coloniale. Elle a fait l'objet de quelques travaux historiques. Cependant, cette historiographie était beaucoup plus orientée vers les études d'une profession de santé, d'une structure de santé ou d'une épidémie. La place de la politique de mise en valeur a été traitée en parent pauvre, alors son examen approfondi permet d'éclairer beaucoup de réalités coloniales.

Cette étude propose une problématique tournée essentiellement autour des questions suivantes :

Les politiques sanitaires entreprises par la puissance coloniale pour la mise en valeur des colonies permettaient-elles d'avoir un réel dispositif humain en vue d'améliorer la production et l'exploitation économique de celle-ci ou s'inscrivaient-elles dans un élan humanitaire de réduction de la mortalité ? Quelles sont les raisons et les conditions de prise en compte de ces questions de santé dans la mise en valeur des colonies ? Quelle a été l'évolution des services sanitaires ? Quels groupes et élites civiles en ont été porteurs ? Quelle a été la stratégie pour lutter contre les maladies ? La métropole a-t-elle mené à bout cette politique de santé au point de définir un nouvel indicateur du progrès économique et social ?

Pour traiter ces questions, nous nous sommes intéressé au Sénégal sous domination coloniale. Le choix de cette colonie est motivé par son rang au sein de l'Afrique Occidentale Française (AOF), le siège du chef-lieu de la fédération, la direction de la santé publique, le lieu d'application des décisions sanitaires avant leur soumission aux autres colonies de la fédération.

Pourquoi ce choix de la période 1939-1960 ?

La période (1939-1960) sur laquelle porte l'étude de ce thème est bien significative.

L'année 1939, pour le début de cette étude, n'est pas fortuite. C'est à partir de cette date que nous pouvons parler d'un véritable programme d'assistance médicale en profondeur pour la régénérescence de la « race » avec la création du Service Général Autonome de la Maladie du

¹¹A. Ndiaye, « La formation du personnel africain de la santé en AOF », in : C. Becker, S. MBaye, I. Thioub, (sous la dir.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Tome 2, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, 1997, p. 1198.

Sommeil (SGAMS) par l'arrêté n° 342 S.S.M. du 30 janvier 1939¹², et la répartition des territoires de l'AOF contaminés par la maladie du sommeil en secteurs spéciaux et annexes par l'arrêté n° 2743 S.S.M. du 31 août 1939 du Gouverneur général de l'AOF¹³.

L'année 1960 est en revanche un tournant décisif dans l'histoire du Sénégal colonial. Elle est la date à laquelle le pays accéda à l'indépendance. Elle correspond à l'institution de l'Organisation de Coopération et de Coopération contre les Grandes Endémies (OCCGE) dans les sept pays devenus indépendants¹⁴. Cette période a vu se dérouler la Seconde Guerre mondiale qui a été un tournant capital dans l'élaboration des politiques sanitaires.

L'étude de cette période a nécessité le recours à plusieurs sources.

Cette recherche a été menée d'abord aux Archives Nationales du Sénégal (ANS), qui recèlent des fonds très riches sur la santé, où nous avons consulté un certain nombre de séries, de sous-séries, sources de première main très riches sur la santé au Sénégal colonial.

Les documents d'archives de la série H (santé), la sous-série 2G (rapports périodiques), la sous-série 17G (affaires politiques en AOF) ainsi que les sources bibliographiques procurent de précieuses informations permettant de produire, sur bien des points, une contribution à la connaissance des questions relatives aux problèmes sanitaires.

Nos recherches portèrent sur la série H (fonds AOF et fonds Sénégal) qui fournit d'utiles informations relatives au fonctionnement et à l'organisation de la santé, à l'hygiène et à la salubrité, à l'alimentation et aux activités sociales. Nous avons consulté les sous-séries 1H et 2H qui renferment l'ensemble des informations contenant l'histoire de la santé tant pour l'AOF que pour la colonie du Sénégal.

La sous-série 2G concerne les rapports périodiques, mensuels, semestriels, trimestriels et annuels des Gouverneurs, Administrateurs et Chefs de Service de l'AOF de 1895 à 1960. Dans cette sous série, nous avons consulté les documents contenant les rapports trimestriels ou annuels, des services sanitaires et de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) de 1939 à 1960.

La sous-série 17G concerne les affaires politiques en AOF. Dans cette sous-série, nous avons consulté des documents qui traitent de l'hygiène et de la santé publique en AOF.

Cependant, ces sources archivistiques sont produites, pour la plupart, par l'administration coloniale. Elles expriment le point de vue de ces administrateurs qui, pour attirer les faveurs de

¹²Cf. *JOS*, 1939, Arrêté n° 342 S.S.M. portant création d'un service autonome de la maladie du sommeil, pp. 162-164.

¹³Cf. *JOAOF*, 1939, Arrêté 2743 S.S.M. du 31 août 1939 portant la répartition en secteurs spéciaux et annexes des territoires de l'AOF contaminés de la maladie du sommeil, pp. 817-818.

¹⁴J. P. Bado, « La santé et la politique en AOF et à l'heure des indépendances (1939-1960) », in : C. Becker, S. MBaye, I. Thioub, (sous la dir.), *AOF : réalités et héritages – sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Tome 2, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, 1997, p. 1243.

leurs supérieurs hiérarchiques et pour conserver leur poste ont, le plus souvent, altéré la vérité. À titre illustratif, beaucoup de chiffres fournis dans leurs rapports étaient inexacts.

Nous avons eu recours aux ouvrages généraux et articles. L'ouvrage de Becker (Charles) et Collignon (René)¹⁵ nous a beaucoup aidé à mieux cerner les textes législatifs et réglementaires relatifs à l'histoire de la santé au Sénégal.

Autre élément de taille pour une meilleure maîtrise du sujet, les journaux et bulletins officiels (Bulletin Médical de l'AOF, le Journal Officiel du Sénégal (JOS) et le Journal Officiel de l'AOF (JOAOF)) constituent de précieuses sources relatives à la législation et à la réglementation sanitaires.

Nous avons consulté les travaux de thèses et de mémoires de nos devanciers qui sont dignes d'intérêt. Mais, leurs études sur la question sanitaire étaient centrées soit sur une structure de santé, soit sur une profession de santé ou soit sur une épidémie. Moustapha Sène¹⁶ a étudié les politiques sanitaires, mais son étude était centrée surtout sur les épidémies. Houemavo Aimée Grimaud¹⁷ a étudié la santé, mais son étude n'était orientée que sur les médecins africains. Ils ont traité en parent pauvre la politique de la mise en valeur. Pour montrer la place de la mise en valeur des colonies, il fallait faire une étude sur les politiques sanitaires pour mieux maîtriser la politique coloniale.

Nos recherches nous ont mené vers des enquêtes de traditions orales pour connaître les points de vue des témoins des faits. Ainsi, nous avons interrogé les anciens professionnels de santé (les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, etc.) et la population bénéficiaire.

Ce travail s'articulera autour de trois parties.

La première partie analysera les services sanitaires dans la mise en valeur. Ainsi, cette partie est divisée en quatre chapitres que sont : les services généraux, les services spécialisés, les services spéciaux et les services itinérants.

La deuxième partie portera sur le personnel de santé et les écoles de formation sanitaires. Ainsi, cette partie sera subdivisée en quatre chapitres que sont : le personnel sanitaire européen, le personnel sanitaire africain, les premières écoles de formation sanitaire et les innovations des années 1950.

Et la troisième et dernière partie abordera l'assistance médico-sociale et l'hygiène publiques. Cette partie sera répartie en quatre chapitres, que sont : la protection maternelle et infantile, la lutte contre les maladies dominantes, le contrôle sanitaire aux frontières et l'hygiène des collectivités.

¹⁵C. Becker, R. Collignon, *Répertoire des textes législatifs et réglementaires relatifs à l'histoire de la santé au Sénégal, 1822-2009*, 387 pages.

¹⁶M. Sène, « *Épidémies et politiques sanitaires au Sénégal de 1920 à 1960 : exemple de la fièvre jaune et de la maladie du sommeil (trypanosomiase)* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 1990-1991, 194 pages.

¹⁷H. Aimée (ép. Grimaud), « *Les médecins africains en AOF: Étude socio-historique sur la formation d'une élite coloniale* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année universitaire 1978-1979, 145 pages + annexes.

PREMIÈRE PARTIE :
LES SERVICES SANITAIRES
DANS LA MISE EN VALEUR

La politique de mise en valeur impliquait l'existence d'une main-d'œuvre abondante pour l'exploitation de la colonie. La réussite de ce pari nécessitait une politique nataliste pour compenser les nombreuses pertes humaines dues aux maladies. L'administration coloniale avait jugé nécessaire l'implantation des services sanitaires adéquats capables de lutter contre les nombreux cas d'épidémies et endémies qui constituaient une menace grave pour les populations.

Dans l'organisation de la santé publique, les services de l'assistance médicale représentaient l'élément fixe, chargé d'assurer la médecine individuelle, curative. Cette politique d'extension en profondeur des postes médicaux avec l'aide du FIDES permettait d'établir un réseau de services sanitaires localisés non seulement dans les grands centres, mais étendus véritablement au territoire de la colonie du Sénégal. Parmi ces services sanitaires, nous pouvons citer des hôpitaux, des ambulances, des centres médicaux, des dispensaires, des maternités, des léproseries, des lazarets, des hyposeries, etc.¹⁸. À côté de l'assistance médicale, existait une organisation mobile chargée d'assurer la médecine préventive de masse et la lutte contre les grandes endémies et endémo-épidémiques en brousse, grâce aux équipes itinérantes. C'étaient les groupes sanitaires mobiles locaux et les groupes sanitaires mobiles du SGHMP qui effectuaient des tournées périodiques. Cet ensemble était complété par un certain nombre d'établissements scientifiques de recherche¹⁹.

Dans cette première partie de notre travail, nous allons traiter successivement les services généraux, les services spécialisés, les services spéciaux et les services itinérants.

¹⁸ANS, 1H49 (163), OMS : rapport fournis à l'Organisation des Nations Unies (ONU) sur la santé en AOF – 1948-1956 : organisation et fonctionnement des services sanitaires, p. 8.

¹⁹*Idem.*, pp. 15-16.

CHAPITRE I : LES SERVICES GÉNÉRAUX

Les services généraux comprenaient hôpitaux et annexes des circonscriptions médicales. La colonie du Sénégal était divisée en circonscriptions médicales correspondant aux divisions administratives et dirigées par un médecin-chef de la circonscription, des services d'hygiène dans les centres urbains avec un médecin spécialisé pour assurer la direction. Dans ce chapitre, nous étudierons successivement les hôpitaux et les ambulances, les dispensaires et les services d'hygiène.

A- Les hôpitaux et les ambulances

Au Sénégal, les hôpitaux et les ambulances étaient peu nombreux.

-L'Hôpital Principal de Dakar, créé en 1897, se trouvait au centre du dispositif sanitaire.

Il avait pour mission d'hospitaliser tous les fonctionnaires civils et militaires européens et indigènes. Il était placé sous l'administration militaire. Son personnel était essentiellement composé de militaires, de civils français et de religieuses de diverses nationalités, avec des Français en majorité. Quant au personnel subalterne, il était constitué d'autochtones. Les médecins de l'hôpital assuraient les services de consultations externes à l'hôpital et les soins à domicile pour tous les fonctionnaires du gouvernement et du gouvernement local. À côté des services hospitaliers, signalons le laboratoire de biochimie, le laboratoire de vermes et un petit laboratoire de bactériologie. Au point de vue du fonctionnement technique des services, nous notons l'amélioration apportée dans les services chirurgicaux et de radiologie. Le rendement de l'Hôpital Principal augmentait considérablement d'année en année, comme en atteste ce tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Le rendement de l'Hôpital Principal de 1939 à 1945

Années	Entrants		Journées d'hospitalisation	Accouchements
	Européens	Indigènes		
1939	2.302	2.630	73.025	276
1940	2.891	2.885	94.967	263
1941	3.001	2.556	109.233	283
1942	4.260	2.318	125.897	305
1943	4.814	2.603	120.325	371
1944	2.944	2.163	110.859	296
1945	2.810	2.206	103.325	340

Source : 2G45-4 (2), Rapport annuel, p. 12.

Le rendement de l'hôpital, comme le montre ce tableau, est très mouvementé. Cela est dû à la Seconde Guerre mondiale qui a provoqué des bouleversements sur les politiques sanitaires, avec la rentrée en France de certains Européens. Le nombre d'entrants passait de 4.932 (dont 2.630 indigènes) en 1939 à 5.016 (dont 2.206 indigènes) en 1945. Le nombre de journées d'hospitalisation

avait évidemment subi une progression correspondante, passant de 73.025 en 1939 à 103.325 en 1945. Quant au nombre d'accouchements, il passait de 276 en 1939 à 340 en 1945. Le laboratoire de biochimie avait pratiqué 4.281 examens et le laboratoire de vernes avait fait 1.861 examens de sang et de liquide céphalo-rachidien et le laboratoire de bactériologie avait pratiqué 2.299 examens : sang, selles, pus et urines²⁰.

En 1959, sa capacité d'accueil était de 300 lits dont 25 lits pour sa maternité. Les journées d'hospitalisation étaient de 173.460 en 1959 et 175.298 en 1960. Le taux moyen d'hospitalisation était évalué à 89,4% et le taux de non occupation seulement de 1,6%²¹. Toutefois, il faut noter que cet hôpital était un hôpital des « privilégiés », car, il était réservé à une minorité de la population. Par contre, la masse de la population devait se contenter de l'hôpital indigène.

-L'Hôpital Central : la dénomination de cet hôpital civil de Dakar avait varié trois fois au cours de la période coloniale. En effet, de sa création, en 1913, jusqu'en 1946, il s'appelait : « **Hôpital Central Indigène (HCI)** ». À partir de 1946, cette structure avait changé d'appellation prenant ainsi le nom de : « **Hôpital Central Africain (HCA)** ». Par ailleurs en 1954, il changeait de nouveau de dénomination et prenait le nom de : « **Hôpital Aristide Le Dantec** »²². Cette nouvelle appellation traduisait la volonté des autorités coloniales de rendre un hommage au premier directeur de l'École de Médecine de Dakar qui avait dirigé ce service, en l'occurrence Aristide Le Dantec, professeur agrégé en médecine²³.

L'hôpital recevait des fonctionnaires, qui payaient au prorata de leur solde ; des accidentés, dont les frais d'hospitalisation étaient assumés par les employeurs ; des indigents, dont l'hospitalisation était à la charge de la colonie, de la ville, de la commune considérée comme domicile de secours. Chaque entrée à l'hôpital (en dehors des fonctionnaires et accidentés) donnait lieu à des enquêtes sur les ressources du malade, elle confirmait presque toujours l'indigence²⁴. Sa capacité d'accueil était de 395 lits pour l'hôpital et 80 lits pour sa maternité indigène annexée. Les hospitalisations à la maternité indigène étaient gratuites, pour conserver la clientèle qui y venait, en vue d'éviter la mortalité. Ce travail est indispensable à la régénérescence de la « race ». Il n'existait pas de consultations payantes à la maternité. L'hôpital disposait d'un laboratoire de bactériologie, d'un matériel de désinfection mobile. L'hôpital et ses annexes (maternité et l'IHS) étaient attachés, au point de vue technique, à l'École de Médecine de Dakar à laquelle ils servaient

²⁰ANS, 2G-39-12 (1), Dakar et Dépendances (Circonscription de), Rapport annuel, pp. 10-14.

²¹C. F. Faye, « *La vie quotidienne à Dakar de 1945 à 1960. Approche d'une opinion publique* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], Paris VII, Année académique 1989-1990, pp. 344-345.

²²Cf. JOAOF, 1954, Arrêté n° 992 S.P. du 10 février 1954 portant organisation de l'établissement dénommé « Hôpital Central Africain » qui prend le nom « Hôpital Aristide Le Dantec », p. 271.

²³L. Badiane, « *Étude d'une structure sanitaire : De l'Hôpital central indigène à l'Hôpital Aristide Le Dantec de 1914 à 1968* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 2003-2004, p. 17.

²⁴ANS, 17G160 (28), Rapport au sujet de soins aux autochtones de la circonscription de Dakar et Dépendances, p. 1-2.

de centre d'instruction pour les élèves²⁵.

En ce qui concernait les entrées : aucun malade ou aucune parturiente n'était admis à l'hôpital ou à la maternité sans un billet d'entrée régulièrement établi, sauf les cas d'urgence. En cas d'urgence, le malade était admis sur invitation du médecin qui l'avait visité sans réserve de régularisation ultérieure. En 1939, ces entrées étaient au total de 5.246 et le nombre de journées d'hospitalisation était de 145.488²⁶. Le rendement augmentait considérablement d'année en année, comme en atteste ce tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Fonctionnement et rendement de l'HCI de 1941 à 1945

	1941	1942	1943	1944	1945
Entrées	5.583	6.474	8.096	8.993	10.523
Journées d'hospitalisation	15.5058	16.1239	169.109	204.466	214.862
Nombre d'accouchements	798	1.371	1.659	2.260	2.532

Source : 2G45-4 (2), Rapport annuel, p.17.

Comme le montre ce tableau, le nombre d'entrants, le nombre de journées d'hospitalisation et le nombre d'accouchements avaient subi partout des hausses considérables, malgré les années de guerre.

Pour assurer le fonctionnement normal du service de l'établissement, il fallait nécessairement doter ce dernier de moyens suffisants. Malheureusement, l'hôpital était confronté à un déficit de personnel et de matériel durant toute la période coloniale. Le problème de locaux était plus grave. Tandis que la population de la colonie du Sénégal croissait dans les proportions considérables²⁷. Au grave problème de la pénurie des locaux, s'était ajouté celui de l'état de leur entretien et d'encombrement. La colonie du Sénégal manquait d'asiles indispensables pour recueillir les malades atteints d'affections chroniques et incurables (tuberculeux, aliénés, etc.) qui remplissaient les salles de formation et réduisaient abondamment le nombre de places disponibles pour les malades aigus²⁸.

-L'Hôpital Colonial de Saint-Louis était situé dans la partie sud de l'île. Son origine remontait aux environs de 1780. Il recevait tous les malades. Il comportait pratiquement toutes les

²⁵ANS 2H82 (26), Arrêté n° 59 portant réorganisation de l'Hôpital Central Indigène de Dakar, p. 1.

²⁶ANS, 2G39-12 (1), *op. cit.*, pp. 21-23.

²⁷Voir Annexe 2, p. 146.

²⁸L. Badiane, *op. cit.*, p. 52.

structures indispensables à la bonne marche d'un hôpital : un service de médecine générale, de maladies contagieuses, de pédiatrie, de chirurgie, de radio, un laboratoire d'analyse, une pharmacie et une maternité. En 1940, la capacité de l'hôpital était de 425 lits²⁹, dont 22 lits pour le service des contagieux. Le nombre de journée d'hospitalisation était passé de 89.575 en 1948 à 136.406 en 1952, soit une augmentation de 52%. Ce chiffre était passé à plus de 138.000 en 1953³⁰.

Cependant, en 1953, dans son rapport concernant la création d'un nouvel hôpital à Saint-Louis, le docteur Guy Ferrand notait que l'Hôpital Coloniale de Saint-Louis n'était plus capable de satisfaire aux besoins qu'on lui demandait. Selon G. Ferrand, la capacité d'hospitalisation était passée au maximum qu'il était impossible de dépasser. Des lits étaient installés dans tous les endroits disponibles. Le réfectoire du service de médecine était transformé en salle commune d'hospitalisation. Dans des chambres d'isolement minuscules du service de l'AMI prévues pour un malade, se trouvaient trois lits qui se touchaient. Certains services étaient surchargés et leur situation était particulièrement critique. Il s'agissait de la maternité et du service des contagieux. Les malades atteints d'affections contagieuses aiguës (diphthérie, méningite cérébrospinale, etc.) étaient hospitalisés dans le service des contagieux. Mais c'étaient surtout les porteurs de tuberculose pulmonaire et de lésions ouvertes qui remplissaient ce service, le faisant déborder même, car nombre d'entre eux devaient être « casés » dans divers autres services³¹.

Les hôpitaux qui existaient au Sénégal colonial étaient construits avant la période de la mise en valeur. Ce n'est qu'en 1959 que **le centre hospitalier de Fann** était créé à Dakar. Il était destiné à recevoir et à traiter les malades, blessés ou femmes en couches : particuliers à leurs frais, accidentés du travail, indigents, fonctionnaires ou agents de l'administration de toutes catégories d'hospitalisation³².

-Les ambulances étaient des formations hospitalières où les malades étaient entretenus au régime de l'ordinaire en ce qui concernait l'alimentation. Elles se subdivisaient en ambulances de première ou de deuxième catégorie. Dans les ambulances de première catégorie, les malades européens recevaient les soins médicaux, l'alimentation et le linge de corps ; les indigènes y étaient soignés, nourris et blanchis. Dans les ambulances de deuxième catégorie, les malades (européens et indigènes) recevaient les soins médicaux, mais n'étaient pas nourris. Cependant, si un malade se trouvait dans l'impossibilité absolue de s'occuper des détails de son entretien, l'établissement assurait la nourriture.

²⁹I. L. Diop, « *Étude de la mortalité à Saint-Louis du Sénégal à partir des données d'État civil* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle de Démographie], Université Paris I, Panthéon-Sorbonne, Année académique 1989-1990, pp. 46-47.

³⁰ANS, 2H55 (26), FIDES – Section Outre-Mer, 3^{ème} train du programme 1953 – Santé, p. 1.

³¹*Idem.*, p. 2.

³²ANS, 2H150 (26), Centre hospitalier de Fann, organisation, fonctionnement : textes de base (1956-1959), p. 2.

Au Sénégal, il existait deux ambulances : l'ambulance du Cap-Manuel et l'ambulance de Gorée.

***L'Ambulance de Gorée** était utilisée pour les besoins de la batterie d'artillerie cantonnée dans l'île. Accidentellement, elle avait pu avoir à l'hospitalisation quelques détenus venus de la prison de Dakar, ou des prostituées indigènes de Dakar. Sa capacité d'accueil était de 45 places. Il y avait eu 14 entrants européens et 119 indigènes. Il y avait eu lieu 2.745 journées de traitement, dont 2.578 indigènes, 13.288 consultations étaient effectuées par 3.817 indigènes en 1939³³.

***L'Ambulance du Cap-Manuel**, administrativement rattachée à l'hôpital Principal de Dakar, était chargée de l'hospitalisation des malades mentaux et des contagieux européens, des militaires indigènes de ces catégories, les détenus et les prostituées européennes. Elle avait une capacité hospitalière de 106 lits destinés en principe à l'isolement des malades. La majorité des lits était occupée soit par des malades en instance de réforme, soit par des malades attendant le rapatriement vers leur colonie d'origine. L'activité de cette formation était accrue. En 1939, elle avait accueilli 803 entrants au lieu de 561 l'année précédente. Le nombre de journées d'hospitalisation était de 15.045. Et en 1945, elle totalisait 399 entrées³⁴. L'activité de l'Ambulance du Cap-Manuel était très mouvementée comme en témoigne ce tableau ci-dessous :

Tableau 3 : L'activité de l'Ambulance du Cap-Manuel de 1941 à 1945

	1941	1942	1943	1944	1945
Entrants européens	302	326	285	306	213
Entrants indigènes	535	370	277	369	334
Journées d'hospitalisation	13.963	18.497	21.389	22.212	20.539

Source : 2G45-4 (2), Rapport annuel, p.15.

Le nombre d'entrants (européens et indigènes) était variable, cela peut s'expliquer avec la mobilisation. Mais, le nombre de journées d'hospitalisation avait subi une augmentation malgré une légère baisse des entrants des deux groupes en 1943 et 1945. Toutefois, la capacité hospitalière de cette ambulance était insuffisante. Pour tous les contagieux confondus (tuberculeux, varioleux, pesteux, etc.), il n'avait été réservé que 20 lits. Ce mélange de malades ne souffrant pas d'une même pathologie montre la médiocrité des locaux. Ainsi, « la promiscuité qui y règne est telle qu'une tétanique qui a besoin de silence et de calme s'accommode assez mal du voisinage d'une maniaque qui hurle sur la porte de son cabanon. De même qu'un lépreux ou un tuberculeux entretient une

³³ANS, 2G39-12 (2), Dakar et Dépendances (Circonscription de), pp. 17-19.

³⁴ANS, 2G45-5, Dakar et Dépendances. Rapports annuels : dispensaires municipaux, p. 58.

nosologie chez un psychiatrique qui attend son rapatriement sur la métropole »³⁵.

B- Les dispensaires

Les dispensaires comprenaient les formations ne comportant aucun local d'hospitalisation et ne donnant que des consultations. Certains de ces dispensaires étaient dirigés par des médecins auxiliaires ou par des infirmiers. L'administration coloniale avait créé de toute pièce les dispensaires pour permettre à l'« indigène » de se soigner sans arrêt. Vers la fin de la colonisation, le nombre de dispensaires au Sénégal dépassait une centaine³⁶. Mais le développement de certains a retenu notre attention. Nous distinguons les dispensaires municipaux et les dispensaires de l'AMI.

-Les dispensaires municipaux :

Nous avons deux catégories de dispensaires municipaux : les dispensaires urbains et les dispensaires suburbains. Ils étaient pris en charge par la municipalité dont le budget assurait leur fonctionnement.

***Les dispensaires urbains**, érigés en plein centre de la ville de Dakar, étaient au nombre de trois : le dispensaire municipal n° 1 au coin de l'avenue Faidherbe et la rue Raffénel, le dispensaire municipal n° 2 au coin de l'avenue William Ponty et la rue Raffénel et le dispensaire municipal n° 3 à Médina sur la route de Ouakam en face du Groupe scolaire. Ces trois dispensaires travaillaient sous la surveillance de médecins civils agréés par la municipalité.

Toutefois, il est important de signaler que la mobilisation de septembre 1939 avait apporté dans ces dispensaires urbains une assez grande perturbation. Les médecins des dispensaires n° 1 et n° 3 étaient mobilisés. Ces dispensaires étaient confiés à des médecins syriens qui avaient offert spontanément leurs services, puis par des médecins auxiliaires. Dans ces dispensaires urbains, pour la seule année de 1939, 63.843 malades étaient traités et donnés 212.816 consultations. Parmi ces malades, nombreuses étaient des femmes atteintes de maladies de l'appareil génito-urinaire qui venaient tous les matins y recevoir des soins³⁷.

*Quant aux **dispensaires suburbains**, ils étaient retirés dans les principaux villages de la presqu'île du Cap-Vert : Yoff, N'Gor, Ouakam, Gorée, Thiaroye, Cambérène, Yeumbel, M'Bao. Ces dispensaires n'étaient que des salles de visite tenues par des infirmiers d'une technicité plus que réduite, tout juste capables de soigner les affections bénignes. Les médecins militaires des camps de Ouakam et de Thiaroye étaient chargés de les surveiller. Toutefois, ces dispensaires pouvaient ne soigner que les petits malades. Les malades graves venaient se faire soigner à Dakar. Dans certains

³⁵ANS, 2G48-18, cité par S. Sarr, « *La tuberculose dans la Circonscription de Dakar et Dépendances, 1924-1960* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 2008-2009, pp. 43-44.

³⁶Voir Annexe 4, p. 148.

³⁷ANS, 2G39-12 (1), *op. cit.*, pp. 24-26.

cas, des auto-ambulances allaient chercher les malades dans leur village. En 1939, 47.878 consultations étaient données à 21.449 consultants dans ces dispensaires. Ces petits postes médicaux pouvaient fournir aussi de précieux renseignements sur l'état épidémique de toute la région avoisinante de Dakar³⁸.

Les dispensaires municipaux jouaient un rôle important dans le processus de médicalisation des masses populaires. Ils constituaient des moyens efficaces pour convaincre la population africaine des avantages de la médecine moderne. Leur proximité des quartiers avait pour but de familiariser les habitants avec la présence française. Elle visait en outre à établir la communication entre ces derniers et l'autorité sanitaire. Cet objectif semblait être atteint avec une nette progression dans le nombre de consultations effectuées dans ces dispensaires municipaux.

L'importance des dispensaires dans la diffusion de la médecine européenne au sein des populations autochtones avait poussé les autorités à augmenter leur nombre. En 1941, on notait cinq nouveaux dispensaires sur les six existants à Dakar. Les dispensaires supplémentaires étaient implantés à Yoff, NGor, Cambérène, Yeumbeul et M'Bao³⁹.

-Les dispensaires de l'AMI :

Les dispensaires classés dans ce groupe étaient très nombreux, mais nous avons choisi de ne traiter que l'Institut d'Hygiène Social (IHS) (ex. Polyclinique Roume).

L'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) occupait par sa situation au cœur de la Médina, une place de choix, qui lui permettait de desservir directement la population africaine et de se trouver à pied d'œuvre pour l'accomplissement de la tâche quotidienne qui lui incombait. Créée en 1934, l'IHS, avait remplacé la Polyclinique Roume de l'HCI, fondé au mois de décembre 1918. Il constituait le principal centre d'assistance médicale, gratuit pour l'indigène, en même temps qu'un remarquable centre d'assistance, d'observation de l'état sanitaire général⁴⁰. L'établissement de Médina était essentiellement un vaste dispensaire de consultations et de traitement, dispensaire polyvalent comme l'indiquait son appellation (ex. Polyclinique Roume). L'IHS comportait un service de consultations gratuites ayant pour but : l'assistance médicale aux populations autochtones et la formation professionnelle des élèves de l'École de Médecine de Dakar. La création de cet institut avait un intérêt considérable. Il donnait aux autochtones la possibilité de se faire soigner sans arrêter leurs occupations. Il assurait, en outre, la visite médicale fréquente et régulière des

³⁸ANS, 2G39-12 (1), *op. cit.*, p. 26.

³⁹M. Guèye, « *Étude des épidémies à Dakar (1900-1945). Les mesures sanitaires, la prévention et les conséquences démographiques* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 1994-1995, pp. 28-30.

⁴⁰M. A. Diawara, « *Contribution à l'histoire des maladies dites sociales au Sénégal : La tuberculose à Dakar (1914-1945)* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 1996-1997, p. 33.

élèves des écoles primaires des quartiers de Dakar. Polyvalent, l'IHS comportait tout une gamme de services répartis de la façon suivante : médecine générale et petite chirurgie, dermatologie et vénérologie, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie, stomatologie, services de consultations de nourrissons, de consultations prénatales et de consultations gynécologiques. Il était doté, en outre, d'un laboratoire permettant tous les examens courants, chimiques, cytologiques et bactériologiques, ainsi que d'une pharmacie assurant la distribution quotidienne des médicaments. En annexe, une salle spéciale de pansements était destinée au traitement des ulcères phagédéniques, et une salle de douches réservée aux galeux. Cet ensemble fonctionnait sous la direction effective du médecin-chef de la formation⁴¹. Une place y était réservée à l'œuvre privée de la Croix-Rouge (« Goutte de Lait »), qui travaillant en liaison avec les organismes voisins, trouvait l'occasion d'exercer son activité et son dévouement, sous forme de visites de nourrissons, de distribution de layettes et autres dons. Les attributions des services de *foeticulture* et puériculture fonctionnaient au premier étage. À ces services, étaient annexés un petit laboratoire de bactériologie et une installation de radiologie⁴². L'IHS était une ruche en hyperactivité constante, où se pressaient chaque jour en cohue des centaines d'indigènes : rendement quantitatif incontestablement excellent, excessif, dans le sens que l'affluence quotidienne considérable créait l'agitation. Toutes les variétés de consultants indigènes s'y présentaient et un tirage hâtif était indispensable à l'entrée pour aiguiller le malade vers le service qui lui convenait ou paraissait lui couvrir. En 1939, 272.075 consultations étaient données par 65.042 consultants, et en 1941, 285.787 consultations étaient données par 71.110 consultants⁴³. Les nombres de consultants et consultations étaient les suivants : 359.985 consultations pour 85.349 consultants en 1948 et 391.525 consultations pour 92.257 consultants en 1949. Pour les dix premiers mois de l'année 1950, il y avait eu lieu 369.146 consultations pour 91.312 consultants. Les consultations prénatales étaient suivies par 1.981 femmes enceintes avec 29.411 consultations en 1948 et 35.806 consultations étaient données à 2.711 femmes enceintes en 1949. Par ailleurs, les consultations gynécologiques avaient groupé, en 1948, 3.070 consultantess ayant donné lieu à 21.484 consultations. En 1949, 5.992 consultantess avaient occasionné 35.821 consultations. Les consultations des nourrissons, de leur côté, se chiffraient par les résultats suivants : en 1948, 20.615 consultants et 77.773 consultations ; en 1949, 31.329 consultants et 87.804 consultations. Le laboratoire de l'IHS avait effectué, en 1948, 5.079 examens, avec 2.092 résultats positifs et, en 1949, 9.187 examens, avec 5.418 résultats positifs. Il avait procédé en outre, d'abord avec l'Inspection Médicale des Écoles, en 1949, à 1.395 examens systématiques de selles chez les écoliers, ayant comporté 1.202 résultats positifs.

⁴¹ANS, 1H57 (163), La polyclinique Roume, novembre 1950, p. 3.

⁴²M. Guèye, *op. cit.*, p. 31.

⁴³ANS, 1H5 (1), Rapport du Médecin général Ricou, Inspection générale des services sanitaires et médicaux – De la réorganisation des services sanitaires et médicaux de l'AOF- 1943, pp. 41-43.

L'IHS était également en relation étroite avec l'École Africaine de Médecine et de Pharmacie dont les élèves (élèves médecins, élèves sages-femmes, élèves infirmières-visiteuses) suivaient dès la deuxième année d'études des stages dans les différents services, se familiarisaient avec les diverses techniques, et acquérant, au contact quotidien du malade, les connaissances indispensables à l'exercice de leur profession. Le rôle de la formation était donc double : rôle de dépistage et de traitement des malades externes, rôle d'enseignement à l'égard des élèves stagiaires, qui passaient successivement dans tous les services au cours de leurs trois dernières années d'études⁴⁴.

En 1953, l'IHS constituait un organisme autonome rattaché directement à l'ancienne direction de la santé publique de l'AOF. Cet institut groupait, sous une direction administrative commune, trois organismes distincts : le Centre de Consultations Externes, le Centre de Phtisiologie et le Centre de PMI.

À la tête de chacun de ces centres se trouvait un médecin-chef chargé de la direction technique de son établissement et responsable du fonctionnement du service des consultations et de la discipline.

-Le Centre de Consultations Externes (médecine, chirurgie, spécialités) : En 1956, 96.000 consultants ayant donné lieu à 460.000 consultations⁴⁵.

-Le Centre de Phtisiologie était ouvert en 1956 dans un bâtiment construit et équipé de façon très moderne grâce à des crédits du FIDES. Cet organisme était dirigé par le médecin commandant Rouan, qui était en même temps médecin phtisiologue de l'Hôpital Aristide Le Dantec et de la clinique du Cap-Manuel, assisté par le Docteur TETE, médecin de Sanatoria de France. Le but de ce centre était de suivre et de soigner la masse considérable des tuberculeux de Dakar, et même du territoire, qui ne pouvaient bénéficier des bienfaits de l'Hôpital Aristide Le Dantec et ses annexes qui ne disposaient qu'une centaine de lits pour un nombre de malades évalué à environ à 5.000. Le centre fonctionnait comme un important dispensaire antituberculeux, qui distribuait ses soins à plus de 2.000 adultes. Il avait obtenu d'excellents résultats, grâce en particulier, à l'action des antibiotiques⁴⁶.

-Le Centre de PMI était créé en 1953. Il avait bénéficié en 1956 de l'ouverture du nouveau bâtiment de consultations d'enfants malades, construit sur crédits FIDES et du concours de la Caisse de Prestations Familiales qui avait fourni une partie du personnel et du matériel d'équipement nécessaire au fonctionnement du service. Les divers locaux permettaient de recevoir chaque jour plus de 1.000 enfants ou femmes enceintes, qui se répartissaient entre les sections suivantes :

- consultation prénatale : 100 consultations, consultation de nourrisson : 100, consultation d'enfants malades : 700 consultations, vaccination Bacille de Calmette et Guérin (BCG) : 100 tests,

⁴⁴ANS, 1H57 (163), *op. cit.*, p. 1-3.

⁴⁵ANS, 1H62 (163), Rapport n° 708, du 20 mars 1958 de J. Risterucci, l'Inspecteur général des affaires administratives, pp. 1-3.

⁴⁶*Idem.* p. 5.

biberonnerie : 50 enfants, service sociale : 100 visites. Le centre assurait également des consultations pour enfants et femmes enceintes dans les dispensaires de la banlieue de Dakar, et la formation annuelle d'une quarantaine d'auxiliaires sociales dont le rôle éducatif était primordial pour la diffusion des notions d'hygiène et de puériculture auprès des familles africaines sur les sept en activité, cinq étaient dirigés par des Africains⁴⁷. Après la création de l'université de Dakar, ce dispositif était confié à un universitaire, le Professeur Jean Sénécal, titulaire de la chaire de pédiatrie, qui lui avait donné un renom international.

C- Les services d'hygiène

Au Sénégal, les services d'hygiène étaient créés d'abord dans les quatre communes (Dakar, Saint-Louis, Rufisque et Gorée)⁴⁸. Ils étaient par la suite étendus aux villes et aux agglomérations importantes : Kaolack, Thiès, Tivaouane, Louga, Diourbel, Fatick, Tambacounda, Ziguinchor⁴⁹. Ils étaient une composante importante du service de santé. Ayant pour attribution, par des mesures collectives, de prévenir et de combattre les épidémies tant redoutées de l'époque coloniale. Ils n'intervenaient pas dans le traitement des malades qui relevait des dispensaires et des hôpitaux de la ville. Par contre, leurs prérogatives en matière de prévention conduisaient à distinguer d'une part des tâches confiées à la responsabilité directe du service d'hygiène urbaine et des programmes pluridisciplinaires d'assainissement des villes où le médecin n'intervenait qu'indirectement en qualité d'initiateur ensuite de contrôleur des effets induits sur la santé publique⁵⁰.

Pour améliorer l'hygiène et la salubrité publique d'une façon générale, les services d'hygiène surveillaient le fonctionnement des lavoirs publics et des douches publiques, la propreté de la voirie (balayage, enlèvement des ordures ménagères, etc.). Ils poursuivaient la lutte pour la disparition des taudis, veillaient à ce que les bâtiments nouvellement construits répondissent à tous les arrêtés d'hygiène en vigueur, travaillaient au comblement de certaines dépressions du sol, même les enquêtes épidémiologiques pour les cas de maladies contagieuses signalées. Ils se chargeaient aussi de la question des W.C. et urinoirs publics⁵¹. Les services d'hygiène disposaient de personnels autochtones, les uns à poste fixe, les autres plus nombreux répartis en équipes qui sillonnaient les agglomérations et leurs alentours.

Les axes de ses activités étaient dirigés vers le dépistage et la prévention des maladies endémiques. Les services d'hygiène avaient en charge les vaccinations contre la tuberculose par le BCG, en relation avec les maternités urbaines et les centres de PMI ; la variole en relation avec les

⁴⁷ANS, 1H62 (163), *op. cit.*, pp. 5-6.

⁴⁸I. Ciss, « Colonisation et mutations des sociétés sereer du Nord-Ouest, du milieu du XIX^e à la Seconde Guerre mondiale », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], UCAD, Année académique 2000-2001, p. 304.

⁴⁹ANS, 2G46-11 (2), Rapport annuel, p. 152.

⁵⁰<http://www.asnom.org/article sur Les moyens>, consulté le 18 janvier 2011.

⁵¹ANS, 2G39-12 (2), *op. cit.*, p. 71.

services de médecine scolaire ; la fièvre jaune pendant un temps associée à la précédente. Ils avaient également en charge le dépistage et la prévention collective des menaces permanentes : le paludisme par la chimioprophylaxie et par la lutte anti-moustique, la peste, les tréponématoses, le trachome, en milieu scolaire. Enfin, ils avaient en charge la détection et la prévention des épidémies intercurrentes, toujours menaçantes : la méningite cérébrospinale, le choléra, la rage avec le ramassage des chiens errants. Les services d'hygiène relevaient de l'autorité municipale. Seule celle-ci pouvait réglementer les axes de développement de la ville, les permis de construire. Aucune construction ne pouvait être édiflée, transformée, démolie partiellement ou en totalité, restaurée ou réparée, sans autorisation préalable du Délégué du Gouverneur. Toute construction provisoire non autorisée était démolie et sans délai par les soins du service d'hygiène⁵².

Tout cela devait être mis au crédit du service d'hygiène. Parmi les résultats les plus importants obtenus, nous pouvons noter qu'à Dakar par exemple, il n'y avait pas eu de cas de la peste depuis 1945. Le nombre de rats détruits par le service d'hygiène était de 36.979 en 1948 et de 99.824 en 1949. La vaccination antiamarile représentait une aide précieuse pour le service d'hygiène, mais c'était encore lui qui en avait la charge. Il avait effectué, en 1949, 15.000 vaccinations soit un total de près de 250.000 depuis 1945 pour la seule population africaine. À propos du paludisme, les résultats obtenus étaient difficiles à chiffrer. Cependant, si l'on observait les progrès réalisés dans quelques collectivités facilement contrôlables, on constatait que pour un effectif de 3.000 hommes, on comptait : 205 cas de primo infection en 1946, 100 cas en 1947, 35 cas en 1948 et 30 cas en 1949⁵³. C'était grâce aux activités prophylactiques de ces services d'hygiène que plusieurs maladies telles que la peste, la fièvre jaune et la variole avaient pu être jugulées pendant la période coloniale⁵⁴.

En définitive, les services généraux entretenaient entre eux une relation de parfaite complémentarité. Leur fonctionnement était assuré par le corps de santé colonial assisté par le personnel sanitaire africain. Leur mission était d'assurer les soins curatifs à l'ensemble des populations. Les autorités sanitaires avaient diffusé la médecine coloniale par la construction des dispensaires dans les gros villages. D'une manière générale, ces services généraux étaient en deçà des besoins réels de la population. L'indigène, pour se soigner, était obligé de faire des kilomètres pour arriver à un poste de santé le plus proche.

⁵²Cf. JOS, 1949, Arrêté n° 4696 A.P.A./1 du 28 septembre 1949, pp. 766-767.

⁵³ANS, 1H108 (163), Rapport du Service d'hygiène de Dakar, Année 1950, pp. 4-5.

⁵⁴I. L. Diop, *op. cit.*, p. 44.

CHAPITRE II : LES SERVICES SPÉCIALISÉS

Si la santé de la population était un instrument de mise en valeur de la colonie, elle mériterait une attention singulière. Pour mener à bien la lutte contre la dégénérescence de la population, l'administration coloniale avait créé ce que nous appelons les services spécialisés. Comme l'indique leur nom, ils étaient spécialisés en traitement des maladies comme la lèpre, la trypanosomiase, la peste, la variole, etc. Parmi ces services, nous avons les léproseries, les lazarets, les hypnoseries et les œuvres de bienfaisance.

A- Les léproseries

Les léproseries étaient destinées à l'hébergement et au traitement des lépreux graves, ou faisant l'objet de thérapeutiques particulières⁵⁵. Au Sénégal, elles dépendaient soit de l'AMI ou soit du SGHMP.

Les léproseries dépendant de l'AMI étaient au nombre de quatre :

-La circonscription médicale de Kaolack avec deux léproseries : celle de Koutal (subdivision de Kaolack), ayant une capacité d'accueil de 32 malades et celle de Sovane (subdivision de Fatick), avec une capacité d'accueil de 115 malades.

-La circonscription médicale de Thiès avec la léproserie de Peycouk qui accueillait 200 malades.

-La circonscription médicale de Kédougou abritant la léproserie de Fadiga (cercle de Kédougou), avec une capacité d'accueil de 20 malades. L'activité de ces léproseries était dominée par les travaux agricoles. Du point de vue administratif, les villages de lépreux fonctionnaient au compte du budget local⁵⁶. Pour l'exercice 1954, 2.700.000 francs étaient inscrits pour le village de Peycouk et 800.000 francs pour le village de Sovane. Il est important de noter que le village de Koutal dépendait en même temps du budget local et du budget communal⁵⁷.

Au village de Peycouk, le malade était logé, nourri, recevant par jour 200 grammes de riz, 200 grammes de semoule ou de mil, 100 grammes de viande ou de poisson, 40 grammes d'huile, 10 grammes de sucre, 15 grammes de sel et un morceau de savon par semaine. Il vivait dans ce village librement. Il ne lui était fait obligation que d'être présent aux visites et contrôles du service de santé, d'obéir aux prescriptions du chef de village, d'éviter de se rendre dans les villages voisins et notamment de se rendre dans la ville de Thiès. Il était soigné régulièrement par deux infirmiers spécialisés, sous la surveillance d'un médecin africain. Il était habillé (200.000 francs étaient dépensés à ce titre en 1953) et doté de couvertures. Il recevait aux abords du village une parcelle de terrain où il pouvait se livrer à des cultures vivrières dont le produit lui revenait entièrement.

Cependant, les soins des lépreux n'étaient pas une tâche facile pour le personnel de santé, car

⁵⁵L. Lapeyssonnie, *Éléments d'hygiène et de santé publique sous les tropiques*, Paris, Gautier et Villards, 1970, p. 250.

⁵⁶ Pour connaître le Budget consacré à la santé, voir Annexe 3, p. 147.

⁵⁷ANS, 1H73 (163), note n° 1483/SS-Tech. du médecin-colonel R. Coleno du 29 mars 1956.

beaucoup de lépreux, une fois dans les villages d'isolement, se sentaient revendicateurs, impatients, mécontents de tout, abandonnaient la culture régulière de leur champ et retournaient chez eux. Mais, il n'y avait guère que les lépreux aimant le travail de la terre qui consentaient librement à s'installer à Peycouk. Selon le médecin-colonel Maxime Carrière, le nombre de ces amateurs augmentait d'une centaine, il y a quelques années, à 270 en 1954⁵⁸.

Outre ces formations qui dépendaient de l'AMI, des léproseries fonctionnaient dans le ressort du SGHMP à M'Bour (cercle de Thiès), à Sédhiou (cercle de Casamance) : 20 places, à Djibelor (près de Ziguinchor Casamance) : 50 places et à Bignona (cercle de Casamance) : 24 places⁵⁹. Il faut noter que dès le 1^{er} janvier 1947 le SGHMP avait pris à sa charge, toutes les léproseries situées sur le territoire des secteurs spéciaux, à savoir : Peycouk et Sovane (secteur spécial n° 60) ; Djibelor et Bignona (secteur spécial n° 58) ; Sédhiou (secteur spécial n° 59). Seule la léproserie de Fadiga située à 5 kilomètres de Kédougou était rattachée à l'AMI⁶⁰.

Dans les léproseries dépendant du SGHMP, les organisations hygiéniques tenaient compte des possibilités locales (enlèvement des ordures, eau potable, etc.). Chaque entrant bénéficiait d'une ration alimentaire quotidienne. Les malades étaient classés en trois catégories sur avis du médecin chargé du service médical de la colonie agricole : la catégorie A (Indigènes sans mutilation et à qui leur état général permettait un travail normal) ; la catégorie B (Indigènes qui présentaient une légère invalidité, compatible avec un travail normal ou réduit) ; la catégorie C (Impotents inaptes au travail).

Dès que les terrains de culture étaient en pleine production la ration était supprimée aux malades de la catégorie A et ceux de la catégorie B ne percevaient plus qu'une demie ration. Les malades de la catégorie C avaient seuls, droit à la ration sans limitation. La ration, variable selon les colonies, comptait toujours environ 2.400 calories normalement réparties. Les produits agricoles en excédent pouvaient être, le cas échéant, rachetés par l'administration coloniale et par priorité et servaient ainsi à l'alimentation des malades de la catégorie C et étaient vendus au commerce après constatation effective de cet excédent par le Commandant de cercle⁶¹.

Cependant, ces villages de lépreux étaient créés à travers la colonie, certes pour limiter autant que possible l'effet de contagion mais surtout pour mettre l'Européen à l'abri des épidémies qui décimaient les populations indigènes.

⁵⁸ANS, 1H73 (163), note n° 595/SS-Tech. du 15 février 1954 du médecin colonel Maxime Carrière, pp. 2-3.

⁵⁹*Ibidem.*, *Idem.*, pp. 2-3.

⁶⁰ANS, 2G47-13, Rapport annuel, p. 92.

⁶¹Cf. *JOS*, circulaire n° 761 S.S.M. du 20 mai 1940 du Gouverneur général de l'AOF, p. 368.

FIGURE 1 : Une léproserie



Source : <http://www.asnom.org>, article sur la lèpre, consulté le 18 janvier 2011.

B- Les lazarets

Les lazarets étaient construits hors du périmètre urbain ; ouverts temporairement, ils étaient destinés à recevoir l'afflux massif de malades contagieux, lors d'une épidémie de variole, de méningite cérébrospinale, etc.⁶². Au Sénégal colonial, il y avait des lazarets terrestres basés à Kaolack, Thiès, Tambacounda et Tivaouane, un lazaret maritime basé à Foundiougne et des lazarets mixtes basés à Dakar, Rufisque, Saint-Louis et Ziguinchor⁶³.

En dehors de ces lazarets, d'autres lazarets fonctionnaient à Dakar, ils étaient au nombre de quatre en 1940 : le lazaret du Cap-Manuel, le lazaret de Bel-Air, le lazaret de Ouakam et le lazaret de Front de Terre. Le fonctionnement du lazaret du Cap-Manuel était placé sous l'autorité du Gouverneur de la colonie. Il recevait en majorité les Européens. Les populations africaines n'y étaient admis qu'exceptionnellement.

A l'occasion de l'épidémie de la peste qui avait frappé Dakar en 1914 un autre lazaret était construit à Bel-Air. Il ne recevait que les autochtones ou des enfants des écoles provenant des quartiers contaminés. Ce lazaret dans un pavillon spécial entouré de fil de fer barbelé autour du camp pour empêcher les évasions. Il existait au total 336 places dans ce lazaret. Il était tenu dans le plus grand état de propreté. Le ravitaillement y était fait tous les matins. Un four était installé pour l'incinération de tous les déchets⁶⁴. Les deux derniers lazarets étaient à Ouakam et à Front de Terre.

⁶²L. Lapeyssonnie, *op. cit.*, p. 250.

⁶³ANS, 2G46-11 (1), *op. cit.*, p. 62.

⁶⁴ANS, 1H79 (163), Rapport de mission du Docteur Girard chef du service de la peste à l'Institut Pasteur -Peste à Dakar en 1944.

Le premier comprenant huit bâtiments d'hospitalisation, deux bâtiments de désinfection, un bâtiment réservé aux visites. Et, le dernier recevait respectivement les passagers jauneaux des avions et les autochtones atteints de maladies contagieuses. Le règlement de fonctionnement des polices intérieure et extérieure de ces établissements était semblable à celui des hôpitaux précédemment cités⁶⁵.

Tableau 4 : La capacité d'accueil des lazarets au Sénégal en 1946

Les lits des lazarets	Européens	Africains
Saint-Louis	30	150
Foundiougne	6	12
Kaolack	0	64
Thiès	0	42
Tambacounda	0	8
Ziguinchor	0	4
Tivaouane	2	-
Dakar (Front de Terre)	2	130
Rufisque (Rufisque)	0	12
Total	40	422

Source : 2G46-11 (2), *op. cit.*, p. 69.

Comme le montre le tableau la capacité d'accueil de ces lazarets était en deçà de la demande. En outre, les lazarets n'étaient implantés que dans les villes où il y avait une forte présence européenne. Ce qui montre que l'administration coloniale se préoccupait surtout de la santé de l'Européen.

C- Les hypnoseries

Sur ces formations étaient évacuées, par les équipes de traitement, surtout, tous les trypanosomés (malades atteints de trypanosomiase) présentant une contre-indication au traitement standard (en principe des malades en deuxième période : bouffis, émaciés, sommeilleux, grabataires, psychiques, les sujets à Liquide Céphalo-Rachidien (LCR) présentant une formule irréductibles ; les arséno-résistants, etc.). Ces malades recevaient dans ces formations la thérapeutique individuelle plus ou moins prolongée dont ils relevaient. Chaque fois qu'il était possible, l'hypnoserie était intégrée avec son personnel spécialisé dans une formation médicale dirigée par un médecin de l'AMI. Celui-ci disposait de ce fait, d'un personnel supplémentaire dont la dotation était d'un infirmier par 50 lits de trypanosomés. Les hypnoseries étaient constituées par des cases économiques, paillotes ou argamasses, chacune d'elles étant munie de 3 à 6 « taras » et d'un foyer. Les trypanosomés en traitement étaient entièrement à la charge de l'AMI locale⁶⁶.

⁶⁵M. Guèye, *op. cit.*, pp. 27-28.

⁶⁶ANS, 1H28 (26), Circulaire relative au fonctionnement des secteurs spéciaux et annexes de prophylaxie de la maladie

Une hypnoserie était fréquemment inspectée par le médecin-chef du secteur. Là où cela était possible, l'hypnoserie était juxtaposée à une formation d'assistance médicale indigène et dirigée par le médecin-chef de cette formation⁶⁷.

Dans le cercle de Kolda (secteur spécial n° 59), l'hypnoserie du chef-lieu servait surtout à l'hospitalisation des individus gravement atteints sous le contrôle constant du personnel médical. Cinq équipes de traitement, un infirmier de l'AMI qui faisait le traitement à Vélingara, un deuxième infirmier à Salikenie assuraient le secteur. L'hypnoserie avait enregistré 630 entrants et 56.513 journées d'hospitalisation en 1944. Le nombre de nouveaux malades était de 813 dont 513 à l'hypnoserie de Kolda avec une proportion importante de malades venant de la Guinée portugaise, tous psychiques ou grabataires. En 1944, le nombre de trypanosomés vivants était passé de 4.535 à 5.002 en même temps que le nombre des guéris de 1.147 à 1.684. On notait une amélioration sanitaire, malgré une présence à la prospection nettement supérieure à l'année 1943 l'index de virus en circulation était tombé de 0,9 à 0,52 et l'index de contamination totale de 2,15 à 1,98⁶⁸. Il est important de noter qu'une hypnoserie fonctionnait à Sédhiou et une à Bignona⁶⁹.

D- Les œuvres de bienfaisance

Pour assurer la conservation de la « race », les œuvres privées, confessionnelles ou autres, avaient apporté une collaboration précieuse à la Protection de l'Enfance. Plusieurs missions catholiques et protestantes, pour la plupart, orientaient une partie de leur action vers l'assistance sociale ; telles étaient les missions catholiques de Thiès, N'Gazobil, Fadiouth, Popenguine, Diohine. Outre ces œuvres catholiques et protestantes, il existait à Saint-Louis et à Dakar un Comité de la Croix-Rouge qui assurait le fonctionnement de l'œuvre dite de la « Goutte de Lait »⁷⁰. Parmi les œuvres de bienfaisance, nous avons les dispensaires de la Croix-Rouge, les dispensaires de mission.

Les dispensaires de puériculture (Croix-Rouge) : Les seuls méritant ce nom « puériculture » étaient ceux de Saint-Louis (N'Dar Toute et Goutte de Lait), de Ziguinchor (Boucotte) et de Kaffrine (dispensaire de puériculture de l'AMI). Les dispensaires de Saint-Louis étaient contrôlés journalièrement par mademoiselle le Docteur Sikorar, chargée depuis décembre 1946 du service de pédiatrie nouvellement créé à l'Hôpital Colonial de Saint-Louis⁷¹. Les sages-femmes ou les infirmières assuraient un service régulier de consultations de nourrissons et de consultations

du sommeil (Application de l'arrêté général 342 du 30 janvier 1939.

⁶⁷Cf. *JOAOF*, 1939, Arrêté n° 342 S.S.M., portant création du service autonome de la maladie du Sommeil, pp. 163-164.

⁶⁸ANS, 2G44-94 (2), Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil. Secteur spécial n° 59, Kolda. Rapport annuel, pp. 8-9.

⁶⁹Cf. *JOS*, 1939, Arrêté n° 1633 S.S., du 24 mai 1939, organisant l'hospitalisation dans les formations sanitaires du Sénégal autres que l'Hôpital Colonial de Saint-Louis, p. 650.

⁷⁰ANS, 2G40-19 (2), Rapport annuel, p. 49.

⁷¹ANS, 2G46-11 (2), *op. cit.*, p. 61.

prénatales et postnatales même dans les centres médicaux ou infirmeries dépourvus de maternités. La puériculture était un domaine capital de l'activité du service de santé, qui s'efforçait de le développer par tous les moyens possibles. Dans tous les centres médicaux, une salle était réservée pour les examens des nourrissons. Ces services étaient dirigés, soit par des sages-femmes, soit par des infirmières. Des dispensaires spécialisés étaient érigés à Saint-Louis, Kaolack et Ziguinchor. Des instructions importantes étaient données aux médecins-chefs des circonscriptions médicales pour développer dans toute la mesure du possible cette branche⁷².

Le service « Goutte de Lait » était installé dans les locaux de l'Hôpital Colonial de Saint-Louis avec la participation du personnel de l'AMI et des médicaments de l'hôpital mais indépendant de celui-ci. L'œuvre de « Goutte de Lait » était placée sous la direction technique de Madame Franceschi, maîtresse sage-femme de l'hôpital. Elle était secondée par quelques dames de la Croix-Rouge, une infirmière du service local et trois aides infirmières⁷³. D'autres sous comités de la Croix-Rouge exerçaient leur activité dans quelques cercles grâce au concours bénévole de femmes européennes. Cette activité se poursuivait sous le contrôle du médecin de cercle dans la formation sanitaire elle-même. L'aide de la colonie se traduisait, par la Croix-Rouge, par des subventions (125.000F en 1945), pour les œuvres confessionnelles par des distributions des médicaments d'usage courant : quinine, aspirine, antiseptiques, matériel de pansement, etc.⁷⁴. Les nourrissons ayant besoins d'un régime spécial étaient dirigés vers la « Goutte de Lait » où la distribution des bouillies et des biberons de lait avait lieu chaque matin. La « Goutte de Lait » était très appréciée par les populations comme en atteste ce tableau ci-dessous :

Tableau 5 : Le rendement de « Goutte de Lait » de 1941 à 1945

Années	1941	1942	1943	1944	1945
Nombre d'enfants	1.354	2.220	5.551	4.070	15.233
Nombre de consultations	23.366	29.430	28.834	25.816	—
Nombre de biberons distribués	11.045	13.664	16.943	17.053	20.218

Source : ANS, 2G45-8 (2), Rapport annuel, p. 129.

De 1941 à 1945, le nombre d'enfants et le nombre de consultations étaient mouvementés,

⁷²ANS, 2G48-20 (2), Rapport annuel, p. 124.

⁷³ANS, 2G40-19, *op. cit.*, p. 49.

⁷⁴*Idem.*, p. 50.

cela pouvait s'expliquer avec la mobilisation, certains personnels sanitaires étaient rentrés en métropole. Mais le nombre de biberons distribués était en hausse. Cela pouvait s'expliquer avec l'installation du « Goutte de Lait » en 1945 dans une des salles du dispensaire de puériculture de l'Hôpital Colonial de Saint-Louis, où il était entièrement réorganisé. En 1947, 13.074 pesées étaient effectuées, 21.524 biberons et 10.363 bouillies étaient distribués à la « Goutte de Lait »⁷⁵.

L'œuvre de Secours de l'Enfance Noire fonctionnait sous la direction de la Croix-Rouge à Thiès, où se faisaient des distributions de biberons, de vivres et des vêtements pour les nourrissons⁷⁶. Il est important de noter qu'à Dakar aussi, fonctionnait une « Goutte de Lait » qui était très suivie des mères de familles africaines⁷⁷. Elle contribuait aux pesées des nourrissons et conseillait les mères. Les sœurs de l'Immaculée Conception avaient un dispensaire privé (orphelinat) à Dakar. Quant aux femmes de la Croix-Rouge, elles contribuaient par leur travail dévoué à l'IHS, où elles s'occupaient des nourrissons sains, qu'elles surveillaient par des pesées régulières. En 1939, 1.498 enfants étaient vus par ces dames, il était fait 13.509 pesées. En 1944, le nombre de consultations données était de 12.843, le nombre d'enfants suivis était de 2.038 et le nombre de biberons distribués était de 4.980⁷⁸. L'attrait de cette consultation était assuré par des distributions de lait, vivres et vêtements auxquels procédait la Croix-Rouge. L'intérêt de cette consultation au point de vue protection de l'enfance augmentait par le fait que tout enfant qui apparaissait déficient était immédiatement dirigé sur la consultation des nourrissons malades qui fonctionnait dans le même bâtiment⁷⁹.

La Croix-Rouge assurait également dans les locaux de la polyclinique municipale de Rufisque le service des nourrissons et des consultations prénatales en collaboration avec le médecin municipal⁸⁰. En outre, une biberonnerie avait commencé à fonctionner à partir de 1955. Elle était gérée par la Croix-Rouge qui lui fournissait le personnel ainsi que le matériel. En onze mois, elle avait distribué environ 195.000 biberons, 156.000 bouillies, 16.000 tasses de laits écrémés. Elle avait reçu 186 bébés à l'allaitement artificiel, 33 cas dont la mère étant décédée ou manquant de lait, 265 bébés à l'allaitement mixtes ; il s'agissait en particulier de 61 jumeaux. Le lait utilisé était le Guigoz demi écrémé jusqu'à cinq mois environ. Un biberon était donné sur place, les autres étaient emportés chaque jour par la mère sous forme de biberons d'eau stérilisée et des sachets de poudre de lait dosé pour chaque biberon. Le biberon pouvait aussi être préparé facilement au moment de l'emploi sans crainte d'altération du lait par la chaleur. Les bouillies étaient toujours faites avec une

⁷⁵ANS, 2G47-75, Service de santé circonscription médicale du Bas-Sénégal et bureau municipal d'hygiène de Saint-Louis, Rapport annuel, p. 50

⁷⁶ANS, 2G45-8 (2), Rapport annuel, p. 129.

⁷⁷ANS, 2G48-20 (2), *op. cit.*, p. 129.

⁷⁸ANS, 2G44-11, Rapport annuel, p. 155.

⁷⁹ANS, 2G39-12 (2), *op. cit.*, p. 52.

⁸⁰ANS, 2G45-4 (2), *op. cit.*, p. 46.

farine de mil enrichie de 20% de tourteau d'arachides (secmil), 485 enfants étaient suivis à la consultation d'enfants malades pour malnutrition. Ils étaient dirigés vers la « Goutte de Lait ». Ils y avaient reçu une alimentation supplémentaire : apport protidique sous forme de deux bouillies de secmil par jour (une sur place, une à faire à domicile), éventuellement enrichies en farine de poisson ou de lait écrémé⁸¹.

Les dispensaires de missions étaient dirigés par des missionnaires catholiques ou des religieuses, ils étaient placés sous l'autorité technique du médecin-chef du cercle. Ils fonctionnaient dans le cercle de Thiès (à Thiès, à N'Gazobil, à Fadiouth, à Popenguine) ; dans le cercle de Kaolack (subdivisions de Fatick) à Diohine ; dans le cercle de Ziguinchor à Tomento⁸², à Elana, à Brin⁸³. Au dispensaire de la mission catholique de Thiès, en 1944, le nombre de consultations données était de 12.929 et le nombre d'enfants suivis était de 2.150⁸⁴. Ces dispensaires étaient fournis en médicaments et parfois en personnel par le service de santé du territoire⁸⁵.

En conclusion, les services spécialisés avaient apporté une contribution de taille à l'œuvre sanitaire coloniale. Beaucoup de malades durant leur séjour dans ces services de santé étaient traités et guéris. Les œuvres de bienfaisance avaient apporté une collaboration précieuse à la protection de l'enfance. Bref, ces services spécialisés avaient joué un rôle non négligeable pour la conservation de la « race ». Toutefois, ils étaient créés à travers la colonie, certes, pour limiter autant que possible l'effet de la contagion mais surtout pour mettre l'Européen à l'abri des épidémies qui décimaient les populations indigènes.

⁸¹ANS, 1H60 (163), Centre de Protection Maternelle et Infantile, Rapport annuel 1955, annexe.

⁸²ANS, 2G46-11 (1), *op. cit.*, p. 75.

⁸³ANS, 2G54-65 (2), Rapport annuel, p. 80.

⁸⁴ANS, 2G44-11, *op. cit.*, p. 155.

⁸⁵ANS, 2G48-20 (2), *op. cit.*, p. 129.

CHAPITRE III : LES SERVICES SPÉCIAUX

La recherche scientifique médicale et pharmaceutique faisait l'objet d'un effort intensif et régulièrement soutenu. Les services spéciaux comprenaient l'Institut Pasteur de Dakar orienté essentiellement vers la recherche dans les sciences biologiques et médicales, l'Organisme d'Enquête Anthropologique des populations indigènes de l'AOF devenu l'Organisme de Recherches sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA) et le Centre de Transfusion Sanguine de Dakar.

A- L'Institut Pasteur de Dakar

Lorsque Dakar était devenu la capitale de l'AOF en 1902, le laboratoire de bactériologie créé en 1896, à Saint-Louis du Sénégal, par un éminent pastorien, le docteur Émile Marchoux (1862-1943), y transportait dans des locaux primitivement destinés à abriter une maternité en 1913. C'était là que le nouvel organisme qui avait grandi et était devenu en 1924, une filiale de l'Institut Pasteur de Paris. Il était contigu à l'HCI, à proximité de l'Hôpital Principal et non loin du lazaret devenu depuis ambulance du Cap-Manuel. Ces voisinages pouvaient faciliter considérablement les relations entre les formations hospitalières et les services du laboratoire. De 1896 à 1960 d'éminents spécialistes des maladies tropicales étaient passés dans ce laboratoire.

Mais, il restait un des rouages des services d'hygiène d'assistance médicale et d'hygiène sociale. Il était placé sous la direction de l'Inspecteur général des services sanitaires et médicaux de l'AOF. L'Institut de biologie de l'AOF était sollicité à chaque fois que l'autorité sanitaire le jugeait nécessaire. Il se plaçait sous le contrôle financier et scientifique du conseil de l'Institut Pasteur de Paris⁸⁶.

Bien que les conditions de travail eussent souvent laissé à désirer, les médecins du corps de santé colonial qui s'y étaient succédés, y avaient poursuivi leurs efforts en vue d'augmenter les connaissances en pathologie africaine. Tour à tour, le paludisme, les dysenteries, la lèpre, la maladie du sommeil, la peste, les bilharzioses, les helminthiases, les spirochètoses avaient fait l'objet de recherches dont l'ensemble constituait une œuvre magnifique qui était à l'origine du progrès social et économique constaté depuis des années dans des pays qui avaient un triste renom d'insalubrité.

Le rôle de l'Institut Pasteur de Dakar devenait de plus en plus important. Des crédits lui étaient accordés pour intensifier son action en mettant à sa disposition un immeuble moderne et une équipe perfectionnée. Il était entré en fonctionnement au début de 1938. Dès lors, grâce à des moyens accrus et un personnel plus nombreux, l'activité de l'établissement s'était poursuivie avec une ampleur nouvelle⁸⁷.

Les travailleurs de l'Institut Pasteur de Dakar s'attaquaient plus particulièrement à un fléau

⁸⁶M. Guèye, *op. cit.*, p. 36.

⁸⁷ANS, 1H57 (163), L'Institut Pasteur de Dakar, pp. 1-2.

sournois qui constituait un danger permanent pour les populations et troublait fréquemment l'essor économique du pays et entravait la mise en valeur : la fièvre jaune. Après de multiples essais, ils faisaient connaître, en 1939, qu'il était possible de vacciner contre cette maladie à l'aide de simples scarifications de la peau enduites de virus amaril atténué par passages sur la souris blanche. Cette méthode de vaccination était étendue progressivement à tous les habitants de l'AOF où, depuis 1940, environ 32 millions d'inoculations étaient pratiquées, soit deux fois le total de la population. L'Afrique Équatoriale Française (AEF), le Cameroun et un certain nombre de territoires étrangers avaient également adopté le vaccin de l'Institut Pasteur de Dakar. Les résultats de cette vaste entreprise prophylactique étaient devenus rapidement tangibles. Les épidémies qui décimaient les populations et entravaient la vie économique avaient complètement disparu. Les cas de fièvre jaune avaient diminué progressivement. La validité de la méthode de vaccination anti-amaril préconisée par l'Institut Pasteur de Dakar était reconnue, au point de vue international, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Si l'étude de la fièvre jaune était l'une des principales préoccupations des membres de l'Institut Pasteur de Dakar, d'autres affections faisaient également l'objet de recherches particulières. La fièvre récurrente à tiques, inconnue il y avait des années en AOF, était dépistée d'abord chez les rongeurs sauvages, puis chez l'homme. Quelques années plus tard, l'arthropode responsable de la transmission de cette maladie était découvert. Le typhus murin était également reconnu chez certains mammifères sauvages et chez l'homme. Certaines autres affections transmissibles nouvelles étaient identifiées⁸⁸. Une enquête sur le cancer chez le Noir se poursuivait sans interruption à l'Institut Pasteur. Enfin, certains travaux étaient dirigés en vue de l'amélioration de l'état sanitaire des populations autochtones. L'Institut Pasteur de Dakar avait attiré l'attention sur les propriétés thérapeutiques de la conessine, alcaloïde extrait d'une plante africaine, qui se montrait d'une activité au moins égale à celle de l'émétine dans le traitement de l'amibiase.

Des questions relatives à l'amélioration de la nutrition de l'Africain étaient étudiées en collaboration avec la Mission Anthropologique de l'AOF. Ces recherches avaient porté sur la détermination des teneurs en vitamines A et C des organes sains ou atteints d'affections diverses chez des sujets dits de « races noires ». Les résultats avaient permis de constater que l'alimentation du Noir était souvent irrationnelle et donnaient de précieuses indications pour établir les bases d'une ration mieux équilibrée. Le dosage de la vitamine C portait également sur de nombreux fruits et légumes frais d'origine locale ; des sources importantes de cette vitamine étaient décelées.

En dehors de ces travaux de recherche, les services pratiques absorbaient une part importante de l'activité de l'Institut Pasteur de Dakar : analyses cliniques diverses pour les hôpitaux et les médecins praticiens, analyses industrielles portant plus particulièrement sur les corps gras, préparation des vaccins contre la fièvre jaune, la rage, la fièvre typhoïde, la tuberculose, etc.

⁸⁸ANS, 1H57 (163), *op. cit.*, pp. 2-3.

Un nouveau laboratoire était construit en 1951 pour abriter un service spécial consacré à la préparation du vaccin BCG desséché. Son fonctionnement permettait d'entreprendre la prémunition systématique des populations africaines contre la tuberculose⁸⁹. L'Institut Pasteur de Dakar s'était illustré aussi dans la lutte contre cette maladie. Il était le premier des laboratoires coloniaux à instituer la prémunition antituberculeuse avec le BCG, suivant la méthode du professeur Calmette⁹⁰. Depuis 1944, avant la création du Centre Fédéral de Transfusion Sanguine (CFTS) en 1951, l'Institut Pasteur de Dakar s'était chargé de la récolte de plasma et de sang humains afin d'approvisionner les centres hospitaliers de la Fédération. Enfin les membres de l'Institut Pasteur de Dakar apportaient leur collaboration à l'enseignement de l'École de Médecine de Dakar⁹¹. Les travailleurs de ces établissements (École de Médecine et hôpitaux) recevaient eux aussi dans leurs recherches le meilleur accueil à l'Institut Pasteur de Dakar. Pour de nombreux problèmes, la liaison était établie avec l'Institut Français d'Afrique Noire (IFAN)⁹².

L'effort poursuivi montrait l'importance du concours que l'Institut Pasteur de Dakar était en mesure d'apporter aux pouvoirs publics. En AOF, comme partout ailleurs, l'idéal des pastoriens était de contribuer à l'avancement de la science, à la protection de la santé de l'homme, au progrès économique du pays, en un mot de participer à l'œuvre bienfaisante de la France dans le monde⁹³.

B- De l'origine de l'Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA)

Au courant de la dernière guerre mondiale (1939-1945), de nombreux cas de malnutrition étaient observés chez les détenus et parmi les populations des pays sous-développés où les armées occidentales étaient appelées à stationner ou à transiter. L'expérience de la guerre avait permis de mettre en valeur et de chiffrer l'incidence de l'alimentation sur la résistance de l'organisme aux maladies. Au point de vue social, la question du problème nutritionnel conditionnait l'adaptation économique de l'Africain : l'élévation du niveau de vie, but final de l'essor économique était lié à l'accroissement de la productivité qui dépendait surtout, à côté des perfectionnements techniques, du travail de l'homme. Le niveau alimentaire conditionnait également le développement intellectuel et professionnel. Chaque fois que l'alimentation était suffisante, on constatait une meilleure adaptation scolaire ou professionnelle. Le Sénégal était l'un des pays sous-développés de l'AOF où la malnutrition et la sous-nutrition constituaient l'un des problèmes prioritaires au regard de l'évolution économique et démographique du territoire⁹⁴. Ainsi, Martial notait :

⁸⁹ANS, 1H57 (163), *op. cit.*, pp. 3-4.

⁹⁰M. Guèye, *op. cit.*, pp. 36-37.

⁹¹ANS, 1H57 (163), *Idem.*, p. 5.

⁹²ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, pp. 14-15.

⁹³ANS, 17G231 (104), *op. cit.*, p. 15.

⁹⁴ANS, 1H93 (163), Importance de la nutrition – Rôle et activité de l'ORANA, pp. 1-2.

« La France gagnera à poursuivre cette politique alimentaire : un peuple qui mange à sa faim est un peuple heureux, bien portant et prolifique. Tout ce qui sera fait dans le sens d'une meilleure alimentation indigène portera rapidement ses fruits par la formation d'une race plus robuste, moins réceptive aux diverses maladies et surtout le paludisme. Cette affection dont on a pu dire que la prophylaxie en était dans la marmite »⁹⁵.

À la suite de la Conférence des Nations Unies, réunie en mai et juin 1943 à Hot-Springs, sous la protection de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), aux Etats-Unis qui avait rassemblé 45 pays, une conférence où il était décidé d'étendre et de coordonner les recherches en matière de nutrition. Cette conférence fait suite à la pression exercée par la communauté internationale sur les métropoles coloniales pour les mettre devant leurs responsabilités en matière de bien-être des populations sous tutelle⁹⁶. En effet, la France s'était engagée à instituer dans les territoires africains sous-développés dont elle assumait la charge des organismes destinés à étudier la répartition et les incidences de la malnutrition et de la sous-nutrition ainsi que de rechercher les mesures propres à y remédier.

La décision ministérielle 1491/SS du 9 juillet 1945 posait déjà les principes de la création en AOF d'un organisme d'enquête sur l'alimentation et la nutrition des populations indigènes en liaison avec l'IFAN et avec une aide en personnel de l'Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer (ORSTOM). Cette volonté s'affirmait en 1946, par la création à Dakar, par l'arrêté 2231/4 du 29 mai de l'Organisme d'Enquête pour l'Étude Anthropologique des populations indigènes de l'AOF, sous l'égide de la direction de la santé publique, correspondait à l'engagement pris à la Conférence de Hot-Spring⁹⁷. La direction était confiée au médecin colonel Léon Pales, professeur à l'École de Santé Militaire du Pharo (Marseille), maître de recherche au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), et basé à Dakar sous la haute direction du directeur de la santé publique. Léon Pales entreprenait dans le cadre d'une vaste enquête anthropométrique, physiologique, biochimique, voire psychologique, une étude de l'alimentation couvrant les deux tiers de l'AOF. Dans les collectivités (villages, institutions, armée, etc.) et dans les familles, des enquêtes alimentaires étaient poursuivies au Sénégal. Elles avaient pour but de dépister et de mesurer les déficiences et les déséquilibres du régime, en particulier chez les individus qui présentaient des signes de malnutrition⁹⁸. Près de 15.000 sujets de 139 populations de l'AOF étaient

⁹⁵ANS, 2H39 (26), Circonscription médicale de Diourbel, rapport sur la situation démographique, pp. 34-35.

⁹⁶C. Becker, M. Diakhaté et A. Fall, « Répartition des ressources et équité dans l'accès à la santé : une reproduction des inégalités ? », in : D. Gaye et A. Diagne, (sous la dir.), *Le Sénégal aux défis de la pauvreté : les oubliés de la croissance*, Paris, Karthala, CRES et CREPOS, 2008, pp. 82-84.

⁹⁷ANS, 1H63 (163), Quelques notions sur le service commun de lutte contre les grandes endémies, p. 76.

⁹⁸L. Pales, « L'organisation d'enquête pour l'étude anthropologique des populations indigènes de l'AOF (Alimentation-

examinées⁹⁹. Des données précieuses en matière de carences protéiniques, caloriques, vitaminiques, survenant surtout en période de soudure, des informations précises sur les problèmes redoutables du marasme et de la kwashiorkor¹⁰⁰ chez les jeunes enfants et les femmes enceintes ou allaitantes étaient rassemblées. Cette mission, très soutenue matériellement et moralement par la Recherche Scientifique Coloniale dont la direction était à Paris, dépendait au point de vue technique de la Mission de Nutrition TEROINE. Elle avait parcouru de vastes régions de l'AOF : Sénégal, Guinée, Haute-Volta, Côte-d'Ivoire pour y puiser des renseignements à la fois dans le domaine de l'ethnologie et de la nutrition. Des centaines de mensurations étaient faites dans la brousse par les spécialistes de la mission, ainsi qu'une enquête approfondie sur l'état de nutrition des différentes races avec recherches des tests de carence. Le bilan qualitatif et quantitatif de leur nourriture journalière était établi. Les éléments peu connus du menu étaient dressés soit aux laboratoires de Dakar, soit aux laboratoires spécialisés de la métropole (en particulier au laboratoire de Madame Randoïn) pour analyse permettant de déterminer leur valeur nutritive. L'examen comparé des différentes « races africaines » avait pu être esquissé à Dakar par dosage des divers éléments du sérum et des vitamines dans le lait maternel et le foie des fœtus. Les résultats obtenus dans tous ces domaines par Ch. Auffret et F. Tanguy étaient considérables. Ils étaient publiés dans des rapports périodiques édités par les soins de la direction générale de la santé publique¹⁰¹.

La mission anthropologique du médecin colonel Léon Pales avait duré trente mois de janvier 1946 à août 1948¹⁰² dont la moitié s'était passée en mission dans les territoires. Aidé d'assistants de l'ORSTOM et d'enquêteurs européens et africains, l'éminent anthropologue recueillait une ample moisson de renseignements sur les caractères anatomiques morphologiques, physiologiques et psychologiques de la population de la plupart des groupes ethniques de l'AOF et pouvait lancer simultanément des enquêtes dans toutes les disciplines se rattachant au problème nutritionnel. Cette mission anthropologique ne disposait pas à Dakar de locaux autonomes. Elle s'était installée dans les services existants : École Africaine de Médecine, Hôpital Central Africain, Institut Pasteur. Elle savait exploiter dans les archives et dans les dossiers du passé nombre des éléments recueillis par les médecins et pharmaciens chimistes de la Fédération, et susciter d'importantes enquêtes sur le goitre endémique, les caries dentaires, etc.

La deuxième phase avait commencé en 1949, avec le docteur Bergounioux, avec un personnel restreint, il avait poursuivi le travail d'iconographie ethnologique et alimentaire qui avait constitué

Nutrition) », Bulletin médical de l'AOF, Ed. GGAOF, Tome 3, FASC.1, [3^{ème} année, 1^{er} et 2^{ème} Trimestre], 1946, p. 20.

⁹⁹C. Becker, C. René, « Épidémie et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest », n° 6, Vol. 8, in *Cahier de Santé*, 1988, p. 414.

¹⁰⁰La kwashiorkor est un syndrome de malnutrition protéino-calorique sévère de la première enfance. Le terme, qui signifie enfant (*kwashi*) rouge (*orkor*) dans la langue des Ashanti du Ghana, se réfère à la rougeur de peau des enfants qui en sont frappés. Cf. à <http://www.google.fr/wikipédia>, consulté le 26 septembre 2011.

¹⁰¹ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, p. 16.

¹⁰²C. Becker, M. Diakhaté et A. Fall, *op. cit.*, pp. 82-84.

sa participation première à l'œuvre commune dans le cadre de mission anthropologique. Il avait effectué lui-même des enquêtes sur le terrain et avait orienté principalement ses recherches vers le dépistage des carences azotées¹⁰³, en particulier les cirrhoses et la kwashiorkor¹⁰⁴.

Sous l'impulsion du médecin colonel Raoult, la mission avait continué à étudier comment on pouvait remédier à la malnutrition, au grand complexe « paludisme-malnutrition-parasitoses », à créer à cet effet des villages expérimentaux dans la Fédération. Au Sénégal, c'était à Popenguine (août 1952) avec l'aide des médecins des circonscriptions sanitaires et des secteurs du SGHMP des enquêtes sur les enfants de 0 à 12 ans pour prouver la quasi généralité des carences azotées en AOF¹⁰⁵.

Par ailleurs, le Gouverneur général de l'AOF déclarait dans son article 1^{er} : l'Organisme d'Enquête pour l'Étude Anthropologique des populations indigènes de l'AOF – Alimentation – Nutrition, créé en exécution de la décision n° 1941/SS en date du 9 juillet 1945 du Ministère des colonies prit le nom de l'Organisme de Recherche pour l'Alimentation et la Nutrition Africaine (ORANA) par l'arrêté n° 5866/SP. AD du 7 août 1953 sous la houlette du médecin lieutenant-colonel Raoult. L'ORANA comprenait un personnel permanent : médecins, pharmaciens, chimistes du service de santé colonial, fonctionnaires des cadres locaux et généraux de la santé publique en service en AOF¹⁰⁶. Ce personnel permanent destiné à faciliter les échanges de vues entre les services intéressés aux problèmes alimentaires et nutritionnels, était susceptible, en outre, de proposer les mesures générales d'ordre économique ou agricole qui paraissaient adéquates.

La mission qui lui était confiée était la suivante :

-poursuivre l'étude de la sous-nutrition et de la malnutrition en AOF ; en étudier les causes d'ordre alimentaire et d'ordre social et économique ; identifier, classer et analyser les produits alimentaires, végétaux et animaux d'origine locale, qui étaient connus et ceux qui pouvaient être utilisés et diffusés pour pallier les déficiences observées ; étudier et proposer des moyens préventifs.

La pleine exécution de cette mission, dans l'unité d'action de l'organisme, nécessitait le concours de disciplines différentes et une division de travail qui imposait une réorganisation intérieure de l'organisme¹⁰⁷.

En conséquence, il était organisé : une section de biologie clinique et expérimentale et de pathologie de la nutrition, une section de biochimie de la nutrition et de la technologie alimentaire, une section d'expérimentation et d'application nutritionnelle contrôlée et une section administrative et financière. Les tâches respectives des sections étaient les suivantes :

¹⁰³ANS, 1H63 (163), *op. cit.*, p. 76.

¹⁰⁴ANS, 1H93 (163), *op. cit.*, p. 3.

¹⁰⁵ANS, 1H63 (163), *op. cit.*, p. 77.

¹⁰⁶ANS, 2G53-7 (2), AOF, Rapport sur le fonctionnement du service de santé, p. 21.

¹⁰⁷ANS, 1H92 (163), Note n° 1632/S.P Tech. du 15 avril 1955, du Médecin général Inspecteur Talec, Directeur général de la santé publique en AOF, p. 1.

-La section biologie clinique et expérimentale et de pathologie de la nutrition procédait à des enquêtes médicales sur le terrain pour déterminer les aspects, le degré, la répartition géographique, des carences et des déséquilibres alimentaires, à des investigations biologiques précises et approfondies en milieu hospitalier. La direction de cette section était confiée à un professeur agrégé du service de santé des T.C., nutritionniste, à défaut, un médecin des hôpitaux, prenant dans l'un et l'autre cas, le titre de chef de section. Les laboratoires de discipline médicale, les équipes d'enquêtes cliniques, d'expérimentation et d'application nutritionnelle, relevaient directement du chef de section.

-La section de biochimie de la nutrition et de technologie alimentaire procédait à des enquêtes alimentaires qualitatives et quantitatives sur le terrain, à des analyses au laboratoire des aliments existant ou à utiliser en AOF, à des analyses relevant de la technologie alimentaire, à des liaisons avec les formations hospitalières de la fédération admettant des malades et soumis à des investigations ou à des essais nutritionnels. Cette section était dirigée par un pharmacien, professeur agrégé du service de santé des T.C., à défaut, un pharmacien chimiste des hôpitaux coloniaux, prenant, dans l'un et l'autre cas, le titre de chef de section. Il existait des laboratoires de biochimie, biophysique, biologie nutritionnelle. Les problèmes de technologie alimentaire, l'étude quantitative des enquêtes alimentaires relevaient directement du chef de la section. Le chef de chaque section avait les prérogatives d'un chef de service pour les règlements des problèmes relevant de sa section. Nommé sur simple décision du Directeur général de la santé, il était responsable de l'exécution du plan de recherche, du rendement du personnel placé sous ses ordres, des laboratoires relevant de sa section, de la publication des travaux de sa section.

-La section d'expérimentation et d'application nutritionnelle contrôlée procédait à la mise en pratique des résultats acquis par les deux premières sections : d'une façon restreinte et temporaire (aspect expérimental de l'action de la section), d'une façon massive et de longue durée (aspects d'application pure mais contrôlée de l'action de cette même section).

-La section administrative et financière administrait et gérait l'ORANA.

Ces deux dernières sections étaient dirigées par le Directeur de l'ORANA désigné par le Haut-Commissaire sur proposition du Directeur général de la santé publique. En outre, toutes les fois que le directeur de l'organisme était le chef de l'une ou l'autre des deux premières sections, il était nommé co-directeur scientifique sur simple décision du Directeur général de la santé publique. Cette décision précisait en même temps les attributions de ce co-directeur¹⁰⁸.

Les enquêtes alimentaires étaient complétées par des enquêtes ethnologiques et sociologiques et par des enquêtes économiques destinées à mettre en évidence les causes profondes des déficiences alimentaires.

¹⁰⁸ANS, 1H92 (163), *op. cit.*, pp. 2-4.

L'ORANA utilisait :

-Le laboratoire de chimie et biologie de l'HCA, où étaient continués les travaux de la mission anthropologiques sur les composants humoraux, le calcium et le magnésium sériques, les protéines totales, l'électrophorèse des sérums normaux et pathologiques, les dosages en vitamines et son acides animés des aliments de base de l'Afrique.

-Le laboratoire d'histologie de l'Institut Pasteur pour des études histologiques de la kwashiorkor, des cirrhoses et des cancers de foie.

-Le Centre de Transfusion Sanguine de l'AOF pour des bilans hématologiques de l'Africain normal.

-Le Service de chimie de l'Hôpital Aristide Dantec du médecin lieutenant-colonel Raoult qui cumulait des fonctions avec celles de directeur par intérim de l'ancien Mission Anthropologique.

L'ORANA était édifié en 1955 grâce à 25 milliards obtenus sur le deuxième plan quadriennal (1953-1957). Le laboratoire du service des pêches servait de pièce de base à la construction. Le fonctionnement autonome de l'ORANA commençait en 1956. La même année, le ministre de la France d'Outre-Mer (FOM) dans sa correspondance adressée au Haut-Commissaire de la République en AOF à Dakar déclarait :

« Les maladies nutritionnelles que provoque la carence protéinique chez l'enfant sont encore aujourd'hui le principal problème de nutrition dans le monde. En étroite collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et le Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) accordera une attention en 1957 une attention accrue à la production économique d'aliments non lactés riches en protéines qui puissent être utilisés dans les régions où le lait fait défaut »¹⁰⁹.

En outre, le FISE avait inscrit à son programme de 1956, un crédit de 100.000 dollars pour couvrir les frais d'achats et de fabrication aux fins d'expériences de certaines quantités de produits alimentaires nouveaux afin de les utiliser dans les programmes d'alimentation pour les enfants¹¹⁰.

Au Sénégal, et plus précisément en Casamance, 1.500 enfants étaient examinés par le médecin capitaine Pele, le médecin africain N'Doye Thianar et le médecin lieutenant-colonel Raoult. Ce dernier avait examiné de février à avril 1956, 2.044 élèves des écoles suburbaines de la ville de Dakar. Il avait remarqué la fréquence de l'association cheilites-ghossites. Un traitement croisé (lait écrémé, antihelminthiques, riboflavine) chez les écoliers de l'école des Manguiers et de Ouakam ville. Il avait prouvé qu'il existait une relation directe entre les altérations muqueuses et la

¹⁰⁹ANS, 1H96 (163), Correspondance n° 02681 DSS/4 du 16 avril 1956, du Ministre de la FOM à Monsieur le Haut-Commissaire de la République en AOF - Dakar, pp. 1-2.

¹¹⁰*Ibidem.*

carence en riboflavine. L'enquête effectuée par Raoult en octobre 1956, après une année de distribution, montrait que cette augmentation avait incontestablement amélioré l'état de santé des enfants bénéficiaires¹¹¹, indispensable pour la conservation de la « race ».

Grâce au beau travail effectué au Sénégal, dans les villages expérimentaux de Popenguine, il était montré que, partout en AOF, il existait une malnutrition grave dans les groupes vulnérables, enfants surtout. Des manifestations cliniques et biologiques des maladies nutritionnelles et carencielles étaient connues grâce à l'activité de l'ORANA. Des résultats heureux étaient obtenus dans certains centres pilotes grâce à une thérapeutique appropriée et à une augmentation alimentaire en lait en poudre du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et aux essais de différentes protéines animales¹¹².

L'expérience de Mont-Rolland avait montré non seulement l'influence du House-Spraying sur l'abaissement de la mortalité infantile, mais aussi, l'excellent résultat de l'ingestion hebdomadaire des protéines animales fournies par l'ORANA tant sur l'éradication de l'hématozoaire que sur l'état sanitaire général des enfants. Ces recherches et travaux dans tous les villages pilotes étaient poursuivis activement depuis juillet 1957 sous la direction du médecin-colonel Arétas.

L'essentiel de son programme consistait en :

- Contrôle clinique de la campagne scolaire de lait écrémé de l'UNICEF, très riche en protides, qui était conduite par l'enseignement pendant trois ans.
- Étude avec les services de santé des territoires, contribution des budgets locaux, d'une campagne identique de supplémentation lactée au bénéfice des autres groupes les plus vulnérables : enfants d'âge préscolaire, mères allaitantes et femmes enceintes.
- Programme de travail en liaison avec le Service de l'agriculture (station expérimentale de Bambey).
- Programme de travail en liaison avec le Service de l'élevage (laboratoire de Hann et des pêches).
- Programme de travail en liaison avec le Service des Eaux et Forêts (pisciculture).
- Étude des farines d'arachide et de poisson.
- Enquêtes sur le cancer en Afrique noire, en s'appuyant sur les prospections des équipes des Secteurs du Service des Grandes Endémies¹¹³.

Cependant, la situation alimentaire de la colonie était catastrophique. En effet, la ville de Dakar avait connu quasiment six années de pénurie relative au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. En outre, Léon Pales, au terme de plusieurs enquêtes entre 1945 et 1951, signalait :

« Les Africains demeurent, pour l'immense majorité d'entre eux, à un stade alimentaire où

¹¹¹ANS, 1H93 (163), Rapport annuel sur l'activité de l'ORANA, pp. 2-3.

¹¹²ANS, 1H95 (163), Note n° 6600/4 du 3 novembre 1955 du Directeur de l'ORANA à Dakar à Monsieur le Médecin Général Inspecteur Directeur Général de la Santé Publique concernant la lutte contre la malnutrition en AOF – 1954-1958.

¹¹³ANS, 1H63 (163), *op. cit.*, pp. 77-79.

l'apaisement de la faim et de la satisfaction que procure la plénitude gastrique dominant tout autre considération »¹¹⁴.

C- Le Centre Fédéral de Transfusion Sanguine (CFTS)

Dès 1943, un « centre de récolte de sang » était créé à Dakar pour approvisionner en plasma les troupes françaises. Cette tâche était attribuée à l'Institut Pasteur de Dakar qui la poursuivait jusqu'en 1950. Initialement au service des unités militaires, ce centre devenait rapidement pourvoyeur des besoins civils. En août 1949, Jules Le Rouzic, directeur de la santé publique en AOF décidait de créer à Dakar un Centre Fédéral de Transfusion Sanguine (CFTS), inauguré le 15 avril 1951. La direction était confiée à Linhard, biologiste des hôpitaux coloniaux, qui s'illustrait dans l'étude de la sérologie syphilitique, des marqueurs sanguins des hépatites virales et de certaines maladies du globule rouge propres à l'Africain. Avec des installations très modernes. Ce centre s'avérait rapidement performant¹¹⁵.

Le CFTS était institué à Dakar par l'arrêté n° 2464/SP-AD du 28 avril 1951 du Gouverneur général de l'AOF Chambon. Il dépendait de la direction générale de la santé publique, destiné à :
-recruter les donneurs de sang ; effectuer le contrôle médical des donneurs lors de l'admission et par examens périodiques ; assurer le service d'urgence de la transfusion ; répondre aux demandes de sang frais formulées par les établissements médicaux et chirurgicaux de la fédération ou d'autres territoires français ou étrangers ; assurer la conservation des dépôts de plasma sanguin, liquide ou sec, de sang conservé et de sérum de convalescents ; tenir un fichier permettant d'utiliser régulièrement les donneurs inscrits ; organiser la propagande éducative dans le public pour susciter des donneurs volontaires ; participer aux recherches scientifiques¹¹⁶.

Tous les quinze jours, une douzaine de centres hospitaliers d'AOF et du Cameroun recevaient une livraison de sang et de plasma en coffres isothermes, par train ou avion. Outre ces expéditions fixes, des livraisons supplémentaires étaient assurées en cas de besoin.

L'Inspecteur général des affaires administratives, Risterucci, dans son rapport n° 715 du 24 mars 1958 adressé au Haut-Commissaire, notait que le nombre de donneurs de sang journalièrement utilisés était passé de 20 à 60. En 1957, 14.000 prises de sang étaient réalisées, avec, évidemment, les analyses correspondantes. Parallèlement, des milliers d'analyses étaient faites pour l'étude de groupes sanguins (24.495), hématologie (14.539), explorations des fonctions de coagulation, tests immuno-hématologiques (12.671), examens bactériologiques, examens chimiques ou sérologiques (20.030), etc. Le CFTS faisait des cessions à toutes les formations de l'AOF à des prix bien

¹¹⁴C. F. Faye, *op. cit.*, p. 328.

¹¹⁵<http://www.asnom.org>, *op. cit.*

¹¹⁶ANS, 1H62 (163), Arrêté n° 2464/SP-AD du 28 avril 1951, p. 1.

inférieurs à ceux de la métropole¹¹⁷.

Les donneurs de sang étaient rémunérés par une prime en espèce et une ration de nature. Le taux de la prime était fixé à 500 francs CFA, en valeur de la ration à 100 francs CFA. La ration était comprise de la façon suivante :

-Ration « A » : pain (500 grammes), sardines (1 boîte), lait condensé (1/2 boîte), fruits (suivant l'approvisionnement du marché local), café sucré : (1 tasse), cigarettes (1 paquet), kola (3 unités) ;

-Ration « B » : pain : (500 grammes), charcuterie ou fromage (200 grammes), vins ou jus de fruits (1/3 de litre), fruits (suivant l'approvisionnement du marché local), café sucré (1 tasse), cigarettes (1 paquet), kola (3 unités)¹¹⁸. Dans sa note n° 3201-AD. du 2 septembre 1952, adressée au Directeur général des finances de l'AOF, Sanner, le médecin-colonel, signalait que du 1^{er} janvier au 31 juillet 1952, le total des dépenses d'alimentation s'était élevé à 554.640 francs pour 6.642 donneurs¹¹⁹.

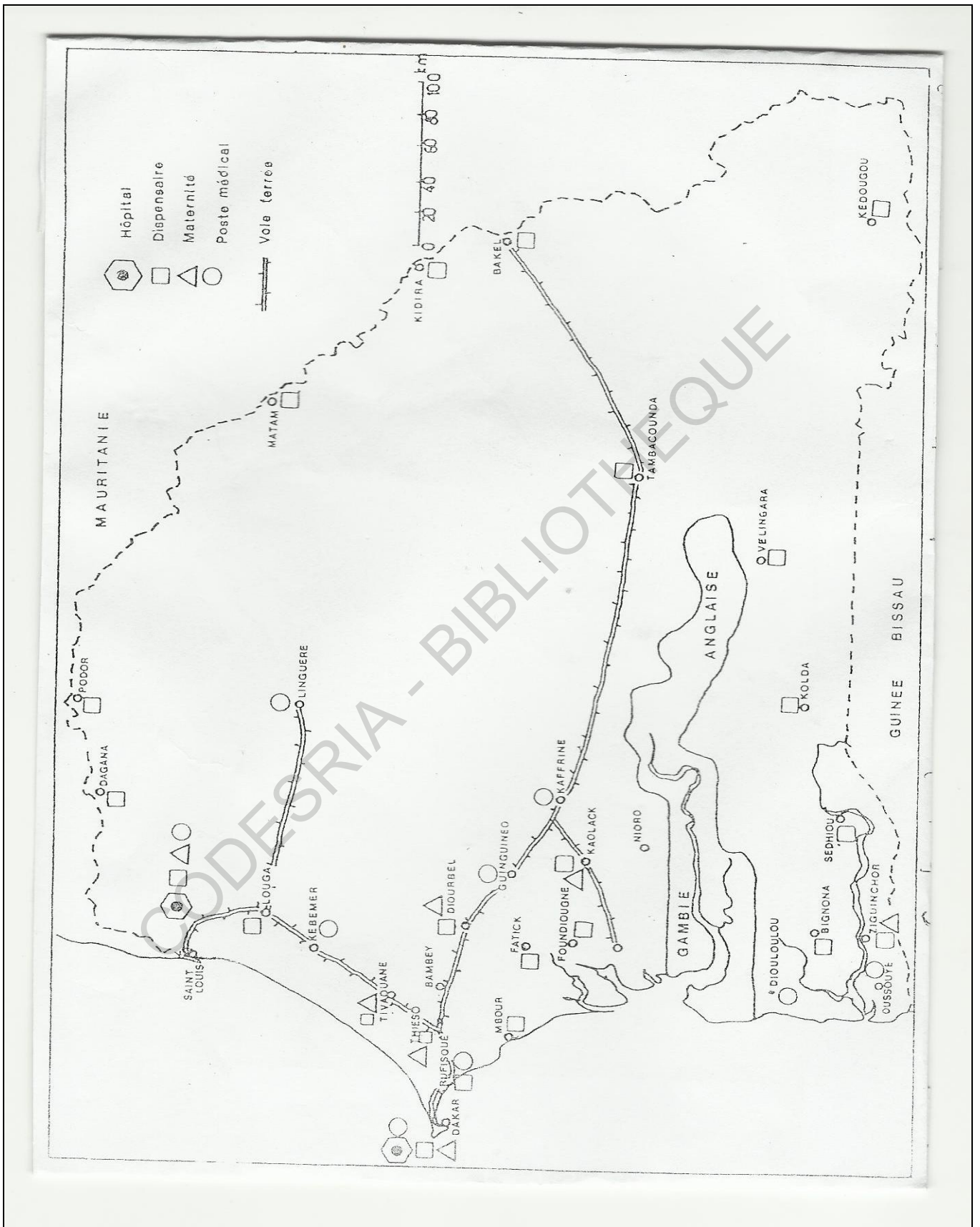
En somme, la recherche n'était jamais absente des préoccupations de la santé publique. Des services spéciaux tels que l'Institut Pasteur de Dakar, la Mission Anthropologique, l'ORANA et le CFTS apparaissaient comme des instruments d'appui aux services sanitaires. Les études scientifiques menées dans ces services spéciaux définissaient avec précision la nature de l'agent pathogène, permettant de gagner plus de temps dans le processus d'éradication des maladies. Armées de cet important dispositif, les autorités sanitaires avaient une bonne application des mesures sanitaires destinées à améliorer l'état sanitaire de la population.

¹¹⁷ANS, 1H62 (163), Gestion administrative et financière des établissements médicaux – 1926-1958.

¹¹⁸ANS, 1H62 (163), Arrêté n° 2465/SP du 28 avril 1951 du Gouverneur général, p. 1.

¹¹⁹ANS, 1H62 (163), note n° 3201-AD. du 2 septembre 1952.

Carte 1 : Postes médicaux au Sénégal en 1930



Source : M. Sène, « *Épidémies et politiques sanitaires au Sénégal de 1920 à 1960 : exemple de la fièvre jaune et de la maladie du sommeil (trypanosomiase)* », [Mémoire de Maîtrise d'histoire], UCAD, Année académique 1990-1991, p. 87.

CHAPITRE IV : LES SERVICES SANITAIRES ITINÉRANTS

Dès le début de la colonisation, il apparaissait que le modèle médical de la métropole était notoirement inadapté outre-mer. La médecine curative ne pouvait venir à bout de toutes ces terribles endémies qui décimaient les populations. Pour lutter contre la dépopulation de la « race », le corps de santé colonial avait innové en créant un service de lutte contre les grandes endémies dont l'efficacité faisait l'admiration du monde médical. Le service médical consistait à travers les tournées régulières¹²⁰ accomplies auprès des populations, d'entrer directement en contact avec elles. Il s'agit de : soigner les malades, rechercher les causes de décès, dépister les maladies endémiques, poursuivre les maladies sociales, contrôler l'état des nourrissons. Il fallait également pratiquer des vaccinations et donner tous conseils utiles pour améliorer les conditions d'hygiène et faire pénétrer peu à peu parmi les indigènes les notions essentielles pour vivre sainement¹²¹.

Dans ce chapitre, nous allons développer dans un premier temps les groupes sanitaires mobiles locaux et aborder dans un second temps les groupes sanitaires mobiles du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP).

A- Les groupes sanitaires mobiles locaux

Au Sénégal colonial, jusqu'en 1949, quatre groupes sanitaires mobiles locaux d'hygiène et de prophylaxie fonctionnaient par un personnel technique : le groupe sanitaire mobile n° 1 de Kaolack, le groupe sanitaire mobile n° 2 de Diourbel et de Thiès, le groupe sanitaire mobile n° 3 de Saint-Louis, Louga et Région du fleuve et le groupe sanitaire mobile de Dakar pour contrôler l'hygiène. Ces groupes sanitaires mobiles locaux constituaient la section rurale du service d'hygiène des grands centres. Dans les circonscriptions médicales où n'opéraient pas les groupes spéciaux du SGHMP, ils remplissaient les missions analogues, mais avec un rayon d'action moins étendu. Dans les zones où opéraient les groupes sanitaires mobiles du SGHMP, ils travaillaient en coordination avec ces derniers. C'était le cas dans la zone du Lac Tamna où le groupe sanitaire mobile du secteur 60 de la Petite-Côte exerçait son action contre les foyers atteints par la trypanosomiase. Également dans la zone de Sangalkam, l'équipe mobile de Rufisque coopérait aux travaux d'assainissement et de prophylaxie agronomique et contribuait après le départ du groupe spécial à consolider les résultats acquis¹²².

Toutefois, il est important de souligner que seuls les groupes sanitaires mobiles de Kaolack et de Thiès possédaient des moyens en personnel et en matériel leur permettant d'accomplir certaines missions, prospection de foyers de dracunculose, hygiène rurale, etc.

Dans son rapport sur la démographie adressé au médecin-chef du service de santé du Sénégal,

¹²⁰ Voir Annexe 8, p. 150, la consultation itinérante.

¹²¹ ANS, 2H126 (26), *op. cit.*, p. 5.

¹²² ANS, 2G47-13, *op. cit.*, p. 109.

Bonne Louis, médecin-chef de la circonscription médicale de Diourbel, notait qu'il n'existait que deux voitures dans le cercle, et aucune des deux voitures n'était susceptible de faire la brousse sans qu'il soit permis à juste titre de redouter une panne importante¹²³.

Le groupe sanitaire mobile de Thiès avait poursuivi sa tâche habituelle en 1941 :

- de janvier à avril une campagne de prophylaxie antipesteuse dans le cercle de Thiès ;
- de mai à juillet : une campagne de vaccination antiamarile dans les cercles de Thiès, Diourbel, Louga, Linguère ;
- pendant l'hivernage : des travaux complémentaires de prophylaxie antiamarile dans la région de Diaganiao (cercle de Thiès) ;
- en septembre une campagne de vaccinations antivarioliques dans le cercle de Louga¹²⁴.

En 1945, ce groupe sanitaire mobile avait accompli dans le cours de l'année les missions suivantes :

- Lutte contre la peste dans la région de Thiès, Diourbel, campagne de vaccination antipesteuse jusqu'en juillet 1945 ;
- Vaccination antivariolo-amarile dans la région de Thiès ;
- Lutte contre l'épidémie de méningite cérébrospinale dans la même région¹²⁵. Il avait eu lieu de novembre 1945 à mai 1946. La tactique appliquée par le groupe sanitaire mobile était la suivante :
 - Installation de lazarets de campagne auprès des principaux foyers épidémiques, les lazarets tenus soit par un infirmier doublé d'un manœuvre d'hygiène, soit par un infirmier seul, et destinés à recevoir tous les malades du secteur.
 - Division de la région en secteurs centrés par les lazarets, le rayon d'action étant d'environ 8 kilomètres.
 - Visite périodique à cheval, ou à pied par l'infirmier d'hygiène de tous les villages du secteur en vue du dépistage des malades.
 - Contrôle régulier et ravitaillement en sulfamides par camion Dodge de trente cinq tonnes de tous les secteurs. En moyenne chaque lazaret était contrôlé une fois tous les jours.

La tactique sanitaire employée par un groupe sanitaire mobile différait suivant les épidémies. La tactique classique appliquée contre la fièvre jaune avait fait ses preuves depuis de longues années contre la peste, qui existait dans le cercle de l'état endémique (34 cas, 29 décès en 1944 dont 14 cas, 8 décès dans la ville de Thiès). La tactique était sensiblement la même que pour le typhus amaril.

Des postes de surveillance, tenus par des infirmiers ou des agents d'hygiène étaient installés dans la région de Tivaouane où apparaissent presque toujours les premiers cas. En cas d'apparition

¹²³ANS, 2H39 (26), circonscription médicale de Diourbel, rapport sur la situation démographique, p. 41.

¹²⁴ANS, 2G-41-15 (1), Rapport annuel, p. 44.

¹²⁵ANS, 2G45-8 (2), *op. cit.*, p. 63.

d'un ou de plusieurs foyers, le groupe sanitaire mobile venait renforcer les services locaux d'AMI. En 1946, le groupe sanitaire mobile de Thiès avait effectué la vaccination anti-variolo-amarile dans la région de Thiès et la lutte contre l'épidémie de méningite cérébrospinale dans la même région¹²⁶.

En 1945, un groupe sanitaire mobile supplémentaire mis sur pied à Dakar, était tenu à la disposition de la colonie du Sénégal pour lutter contre l'épidémie de méningite cérébrospinale. Ce groupe sanitaire mobile avait fonctionné du 15 au 23 mars dans la région de Kounghoul, du 24 au 30 mars dans la région de Kaffrine, du 3 au 20 avril dans la région de Thiès. Il rejoignit Dakar au début du mois de mai¹²⁷. En outre, le groupe sanitaire mobile de Kaolack était constitué en 1946. Il allait douze fois par an dans toutes les agglomérations importantes de la circonscription médicale. Toutefois, il n'avait pu être étoffé en personnel de manière suffisante et n'avait pu, de ce fait, qu'accomplir des missions sporadiques¹²⁸.

Toutefois, selon notre interlocuteur Lassana Biné Timéra : « *les groupes sanitaires mobiles locaux ne s'intéressaient qu'au Sénégal utile. Voir les équipes sanitaires mobiles chez nous dans le cercle de Bakel était un luxe. Nous, nous ne connaissions pas la médecine des Toubabs. Nous étions immunisés contre toutes les maladies. C'était la nature qui nous protégeait* »¹²⁹.

B- Les groupes sanitaires mobiles du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP)

Une politique sanitaire de masse était d'abord née au Cameroun en 1926, elle s'étendit rapidement à l'AEF et, à partir de 1939, à l'AOF. Elle était marquée par la création d'une organisation de lutte contre la trypanosomiase qui prenait l'appellation du Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil (SGAMS). Il était placé sous la direction de Gaston Muraz, médecin colonel des T.C. (puis par le médecin colonel Jules Le Rouzic). Ce service relevait directement du Gouverneur général. Il était placé sous l'autorité de l'Inspecteur général des services sanitaires et médicaux de l'AOF. Son siège se trouvait à Bobo-Dioulasso (Haute Côte-d'Ivoire). Son action s'exerçait sur toutes les colonies de l'AOF où se manifestait l'affection¹³⁰. Le SGAMS était né du résultat de prospections faites par Eugène Jamot (1879-1937), le héros de la lutte contre la maladie du sommeil. Il faut signaler que l'entrée en guerre venait compliquer et aggraver la situation sanitaire de la colonie du Sénégal et peser très lourdement sur l'activité du service très limité dans ses approvisionnements, ses moyens de transport, son personnel. Mais, il faut louer sans réserve l'effort accompli par le SGAMS de 1939 à 1945. En AOF, cet organisme avait, en effet, visité annuellement une moyenne de 3.000.000 de personnes, 4.500.000 habitants étaient examinés

¹²⁶ANS, 2G46-11 (2), *op. cit.*, p. 73.

¹²⁷ANS, 2G45-8 (2), *op. cit.*, p. 63.

¹²⁸ANS, 2G46-11 (2), *op. cit.*, p. 74.

¹²⁹Entretien avec Lassana Biné Timéra, 82 ans (né en 1929), rencontré à Ouakam, Sans profession, le 14 août 2011.

¹³⁰Cf. *JOS*, 1939, *op. cit.*, pp. 162-164.

au cours de l'année 1944, 362.388 trypanosomés avaient été recensés et traités depuis le début de la prospection, 156.000 d'entre eux étaient guéris et rayés des contrôles sanitaires, et 35.000 malades étaient en traitement régulier¹³¹.

Dans la colonie du Sénégal, les zones atteintes des maladies endémo-épidémiques étaient divisées en secteurs spéciaux et annexes, qui correspondaient à un nombre de subdivisions administratives suivant le degré de l'intensité de l'endémie, comme le montre ce tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Les secteurs spéciaux et annexes de la colonie du Sénégal

Catégorie de secteur	N°	Secteur		Pop. à visiter (secteur spécial) ou à sonder (secteur annexe) Annuellement	Subdivisions	Recensement par subdivision	Cercle	Hypnose-ries existantes (soulignées) ou prévues	Postes-filtres-frontières prévus
		Appellation	Centre						
Secteur spécial	58	Basse-Casaman- ce	Bignona	139.745	Zinguin- chor Bignona	53.596 86.149	Zinguin- chor Zinguin- chor	Bignona	Séléty M'Pack Diocadou
Secteur spécial	59	Haute- Casaman- ce	Kolda	147.095	Sédhiou Kolda Vélingara	74.025 47.920 25.150	Sédhiou Kolda Kolda	Sédhiou Kolda	Toubacou- -ta Sarré N'Diaye Tonguya
Secteur spécial	60	De la Petite- Côte	Fatick	250.000 (environ)	Fatick Foundiou- gne Kaolack Kaffrine M'Bour Rufisque	101.607 54.871 189.925 73.547 49.466 26.350	Kaolack id id Thiès Circ. de Dakar	Sokhone M'Bour	à l'étude à l'étude
Secteur Annexe	61	Thiès	Thiès	198.317	Tivaouane Thiès	82.811 115.506	Thiès		
Secteur annexe	62	Tamba- counda	Tamba- counda	78.223	Tamba- counda	78.223	Tamba- counda		
Secteur annexe	63	Kédougou	Kédougou	30.714	Kédougou	30.714	Kédougou		

Source : JOAOF, 1939, Arrêté 2743 S.S.M. du 31 août 1939 portant la répartition en secteurs spéciaux et annexes des territoires de l'AOF contaminés de la maladie du sommeil, pp. 817-818.

Les **secteurs spéciaux**, couvrant les régions épidémiques, endémo-épidémiques et les régions endémiques où les maladies se révélaient en progression marquée, ou bien mal contenue.

¹³¹ANS, 17G231, *op. cit.*, pp. 5-6.

Les secteurs spéciaux étaient dirigés par un médecin-chef de secteur qui disposait des moyens suivants :

-Équipe de prospection : une ou plusieurs par secteur, selon la densité de la population et le taux de l'endémie. Son rôle principal était consacré au dépistage, au dénombrement et aux identifications des personnes atteintes d'un fléau tel que la trypanosomiase ; à la prophylaxie chimique, au plan de prophylaxie agronomique et au contrôle de son exécution. Et son rôle accessoire était la vaccination jennérienne. L'équipe de prospection était dirigée par le médecin-chef du secteur.

-Équipe de traitement : une ou plusieurs par secteurs (suffisamment pour assurer le traitement répété de tous les malades dans une stricte périodicité). Son rôle principal était le traitement standard itinérant des malades ; l'évacuation vers les hyponoseriers des trypanosomés non justiciables de ce traitement, et son rôle accessoire était consacré à l'exercice de l'AMI par un service de consultations foraines, complété par un système d'évacuation des cas sérieux sur les postes médicaux de l'AMI. L'équipe de traitement était conduite par un médecin auxiliaire ou à défaut par un agent sanitaire¹³².

Au Sénégal les secteurs spéciaux étaient au nombre de quatre :

-Le secteur spécial n° 58 « Basse Casamance », basé à Bignona, centre géographique de l'endémie et qui avait la charge des subdivisions de Ziguinchor et de Bignona peuplés au total de 139.745 habitants. Dans ses rapports mensuels adressés au Commandant de cercle de Ziguinchor, le médecin-capitaine Joncour, médecin-chef du secteur notait que 624 malades étaient traités au mois juillet, 703 au mois de septembre, 610 au mois de novembre 1944¹³³.

-Le secteur spécial n° 59 dit de la « Haute Casamance », basé à Kolda et qui avait la charge des trois subdivisions de Sédhiou, Kolda et Vélingara peuplés au total de 147.095 habitants. Dans ses télégrammes lettres mensuels, de l'année 1945, adressés au Commandant de cercle de Ziguinchor, le médecin-capitaine Piriou, médecin-chef du secteur notait que 428 malades étaient traités en juillet, 359 en octobre, 388 en novembre et 515 en décembre¹³⁴.

-Le secteur spécial n° 60 dit de la « Petite-Côte » basé à Fatick et dont le rayon d'action s'étendait non seulement aux deux cercles de Kaolack et de Thiès, mais débordait le Sénégal pour s'exercer dans la circonscription de Dakar (subdivision de Rufisque). Dans ce secteur, la lutte véritable pour l'éradication de la trypanosomiase commençait à partir de 1940 avec le transfert du siège du secteur spécial de Fatick à M'Bour. C'était une zone qui comptait 215.000 habitants et constituée de régions d'endémie trypanique, visitées ou prospectées depuis le XIX^e siècle. En 1945, un infirmier spécialisé détaché de ce secteur était chargé du dépistage et du traitement des trypanosomés dans les différents centres et villages de brousse de la subdivision de Rufisque. Les

¹³² Cf. *JOAOF*, 1939, *op. cit.*, pp. 193-195.

¹³³ ANS, 2G44-114, Sénégal – Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil. Secteur n° 58 Bignona. Rapport mensuels : juillet à décembre.

¹³⁴ ANS, 2G45-79, Sénégal – Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil. Secteur spécial n° 59 Haute Casamance. Rapports mensuels (télégrammes-lettres).

régions les plus contaminées étaient les régions de Douggar et de Sangalkam où se trouvaient les principaux gîtes de tsé-tsé. Au cours de la prospection, 39 nouveaux malades étaient dépistés où 28.064 indigènes avaient été examinés pour une population de 34.000. Parmi ces malades, 123 malades étaient guéris. L'index de contamination nouvelle était de 0,13%, l'index de contamination totale était de 0,85% et l'index de virus circulant était nul¹³⁵. En outre, pour lutter contre la maladie du sommeil, ce groupe sanitaire mobile élargissait son rayon d'action, en allant jusqu'à Koungheul et Pakala-Mandakh¹³⁶.

-**Le secteur spécial n° 73**, basé à Podor, qui étendait son rayon d'action au Sénégal et en Mauritanie dans une région où la trypanosomiase sévissait, cette action était nettement orientée vers la lutte contre les tréponématoses¹³⁷.

À ces quatre secteurs spéciaux s'ajoutent trois **secteurs annexes** que sont : **le secteur annexe n° 61** de Thiès, **le secteur annexe n° 62** de Tambacounda et **le secteur annexe n° 63** de Kédougou. Ils correspondaient aux régions à faible endémicité et constituaient en quelque sorte des zones de surveillance. Le fonctionnement des secteurs annexes consistait en des sondages réguliers de tout le territoire de ces secteurs au cours des consultations rurales et des tournées d'assistance générale. Il était assuré par le personnel de l'AMI, assisté de quelques infirmiers spécialisés. Les malades dépistés étaient traités, soit dans les centres des secteurs spéciaux voisins, soit dans les quartiers annexés aux formations d'AMI.

Le secteur annexe n° 61 relevait politiquement du Commandant de cercle de Foundiougne. L'administrateur de Foundiougne mentionnait que son cercle disposait de deux hypnoseries, l'une à Fatick, l'autre à Sokone, construites par le SGAMS avec l'aide des autorités locales. Le Commandant de cercle de Tambacounda, où se trouvait **le secteur annexe n° 62**, rappelait que le nombre de sommeilleux dépistés au 15 mai 1941 s'élevait à 41 malades. La prospection par le service de la trypanosomiase du cercle était effectuée dans les villages qui s'égrenaient le long de la frontière gambienne et particulièrement dans les cantons du Nettéboulou et du Niani-Sandougou. Et dans **le secteur annexe n° 63**, le Commandant de cercle, après entente avec le médecin-chef, avait décidé la mise en construction d'un centre de traitement de sommeilleux à 5 kilomètres de Kédougou, sur un emplacement d'accès facile en toute saison, où les malades disposaient de vastes terrains de culture¹³⁸.

Il est important de souligner que la circulation était strictement contrôlée dans la colonie. Le

¹³⁵ANS, 2G45-5 (2), *op. cit.*, pp. 83-84.

¹³⁶F. Valy, « *Le dynamisme du peuplement dans les régions arachidières du Saloum : l'exemple du Saloum oriental (Kaffrine) de 1891 à 1960* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], UCAD, Année académique 1998-1999, p. 269.

¹³⁷ANS, 2G57-25, Service de lutte contre les grandes endémies en AOF, Rapport annuel sur l'activité du service, p. 165.

¹³⁸ANS, 1H28 (26), Note n° 65, du 24 juin 1941, du Gouverneur du Sénégal au Gouverneur Général Haut-Commissaire de l'AOF à Dakar.

passport sanitaire était en vigueur dont la délivrance était obligatoire à l'entrée comme à la sortie des secteurs spéciaux et des secteurs annexes dotés d'une équipe légère de prospection. Il certifiait que l'intéressé était indemne de trypanosomiase à la date de délivrance. Quelque soit leur provenance, tous les indigènes, porteurs ou non du passeport sanitaire, pénétrant dans un secteur spécial ou annexe avec équipe légère de prospection étaient présentés par les soins de l'administration à un des organismes du service ou à un poste médical pour les quinze jours précédant le départ¹³⁹.

La Conférence de Brazzaville du 28 janvier au 8 février 1944 constituait un tournant dans la politique sanitaire coloniale française. C'était lors de cette conférence que le SGAMS était devenu polyvalent. Elle avait donné naissance au Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP), qui couvrait l'AOF et l'AEF, chargé de lutter contre les grandes endémies ou endémo-épidémies et les maladies sociales. En effet, c'était par le décret du 15 juin 1944 et l'arrêté d'application n° 214-SP du 22 janvier 1945 qui remplaçaient le mot Autonome par celui de Général que cet organisme fédéral prévoyait de créer cinq sections : trypanosomiase, syphilis et pian, paludisme, lèpre et tuberculose. Les tournées médicales étaient nombreuses. Il apportait son aide au service de l'Assistance Médicale Autonome (AMA) à l'occasion de toute épidémie ou menace d'épidémie. À partir de 1946, les crédits du FIDES permettaient de multiplier les actions¹⁴⁰.

Le SGHMP comprenait une direction, une pharmacie d'approvisionnement, des laboratoires de recherche, une école d'infirmiers à Bobo-Dioulasso, un institut de lèpre à Bamako (Soudan), un institut d'ophtalmologie tropical de l'AOF à Bamako (Soudan), des secteurs spéciaux (dont 4 au Sénégal) et annexes (dont trois au Sénégal) répartis dans toute l'AOF. Chaque secteur était dirigé par un médecin et comportait des équipes mobiles de dépistage, de traitement et de contrôle ; des centres d'hospitalisation ; des centres de traitement de brousse à partir desquels des infirmiers effectuaient des circuits de traitement¹⁴¹.

À chaque tournée, le médecin était accompagné d'une sage-femme (pour les consultations prénatales, les pesées des nourrissons) et d'un garde sanitaire assermenté qui s'assurait, en visitant tous les carrés du village, que les règlements d'hygiène étaient respectés et rendait compte des informations méritant avertissements ou procès-verbaux¹⁴².

En outre, les campagnes de masses, entreprises par les groupes sanitaires mobiles du SGHMP étaient poursuivies par le Service Territorial d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (STHMP), créé par délibération de l'Assemblée territoriale n° 58.089 du 24 juillet 1958. Il avait pour but de lutter contre les grandes endémies intéressant la collectivité, trypanosomiase, lèpre,

¹³⁹ANS, 1H28 (26), *op. cit.*

¹⁴⁰ANS, 1H85 (163), Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie, p. 1.

¹⁴¹ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, p. 6.

¹⁴²ANS, 2G47-13, *op. cit.*, p. 120.

paludisme, tréponématose, onchocercose, etc. Son action s'exerçait sur toute l'étendue du territoire de la colonie du Sénégal¹⁴³. En effet, l'application de la « Loi-cadre » du 23 juin 1956, dite loi Gaston Defferre, transformait les structures du SGHMP qui cessait d'être un organisme fédéral. La direction technique était maintenue. Tous les secteurs étaient territorialisés et le SGHMP était devenu le Service de Lutte contre les Grandes Endémies¹⁴⁴.

En définitive, les services sanitaires itinérants se préoccupaient de perfectionner la santé de la population rurale. Les efforts étaient intensifiés vers le développement de la médecine de brousse, médecine préventive. Ainsi, les groupes sanitaires mobiles étaient nécessaires à la connaissance de la pathologie et de l'épidémiologie rurales, au dépistage et au traitement itinérant du plus grand nombre de malades de brousse, aux vaccinations en masse, l'exécution dans les villages des mesures collectives de prophylaxie et d'hygiène. Ils constituaient les premiers jalons d'une PMI (consultations périodiques de femmes enceintes et des nourrissons)¹⁴⁵.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

¹⁴³Cf. *JOS*, 1958, Arrêté n° 7752 M.S.P. portant organisation d'un Service Territorial d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie dans le cadre du Ministère de la santé publique et de la population, p. 834.

¹⁴⁴M. Diop, « *Médecine de masse et lutte contre la syphilis et les tréponématoses au Sénégal, 1945-1960* », [Mémoire de DEA d'Histoire], UCAD, Année académique 2008-2009, p. 43.

¹⁴⁵ANS, 2G47-13 (2), *op. cit.*, p. 121.

DEUXIÈME PARTIE :
L'APPORT DU PERSONNEL DE SANTÉ ET
DES ÉCOLES DE FORMATION SANITAIRE
DANS LA MISE EN VALEUR

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

La politique de santé dans un milieu insalubre comme la colonie du Sénégal était le passage obligé pour l'exploitation du domaine français. À cette raison, il faut ajouter que les indigènes qui étaient la principale main-d'œuvre étaient périodiquement fauchés par de redoutables épidémies. Ce qui risquait de compromettre la mise en valeur. Ainsi, l'administration coloniale avait mis en place une politique de formation du personnel médical en vue de contraindre les populations aux nouvelles normes d'hygiène. L'exercice de la médecine coloniale n'était pas un acte solitaire mais celui d'une équipe. Les tâches à accomplir étaient nombreuses et le domaine à couvrir était plus vaste. Ainsi, au Sénégal, il y avait eu un travail d'équipe réalisé par le personnel sanitaire européen et le personnel sanitaire africain. Ce dernier était formé dans les écoles de formation sanitaire par leurs homologues européens devenus enseignants pour la circonstance. La responsabilité du personnel sanitaire européen englobait la conception, l'organisation et l'animation de l'équipe. C'était un partenariat réussi car à l'heure de l'indépendance en 1960, la relève du corps de santé colonial et la prise en charge des services de santé par les nationaux s'étaient effectuées à-coups au Sénégal.

Dans cette deuxième partie de notre travail, nous allons traiter successivement le personnel sanitaire européen, le personnel sanitaire africain, les premières écoles et les nouvelles écoles.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

CHAPITRE I : LE PERSONNEL SANITAIRE EUROPÉEN

Il y avait deux catégories de groupes qui composaient le personnel sanitaire européen : le personnel technique (des médecins, des pharmaciens qui étaient, en grande majorité, des militaires hors-cadre aidés de quelques contractuels civils et les officiers d'administration qui étaient très peu nombreux) et le personnel subalterne (les infirmiers et infirmières, les sages-femmes, les agents techniques d'hygiène, etc.). Tous exerçaient le métier de médecine dans les services sanitaires de la colonie du Sénégal.

A- Le personnel technique européen

Les éléments du corps de santé colonial placés à la disposition hors-cadre formaient le personnel technique dans les services sanitaires de la colonie du Sénégal. Parmi ce personnel, nous avons des médecins, des pharmaciens, des officiers d'administration qui en constituaient le noyau. Ils étaient à la tête des différents services et les grandes responsabilités leur incombaient toujours. Malgré leur nombre insuffisant, ce personnel assurait les services de la médecine, de la chirurgie, de la maternité, etc. Il s'occupait également des hôpitaux.

-Les médecins européens

Les médecins européens avaient un rôle de direction et de contrôle. Placés à la tête d'une et parfois de plusieurs circonscriptions sanitaires, ils avaient la direction technique de tout le personnel de l'assistance médicale qui était employé, lui traçaient son programme et lui indiquaient sa voie, le suivaient et rectifiaient ses pas. Ils soutenaient ses efforts et empêchaient les défaillances.

C'est par une surveillance minutieuse, par une vigilance de tous les instants, par exemple constant de leur activité et de leur dévouement que les médecins européens entraînaient le personnel indigène. Il y avait plusieurs catégories de médecins européens parmi lesquels : nous avons les médecins du corps de santé colonial, les médecins civils du cadre de l'AMI, les médecins contractuels, les médecins libres, les médecins étrangers russes (ayant quitté leur pays après la révolution d'octobre 1917)¹⁴⁶.

Dans chaque formation hospitalière, la direction du service revenait à un médecin du corps de santé des T.C., désigné par le Gouverneur ou le Commandant supérieur ; il prenait le titre de **médecin-chef d'hôpital**. Il avait son autorité sur tout le personnel militaire et civil attaché à l'établissement ainsi que sur les militaires en service dans l'établissement. Son action s'étendait à tous les détails du service. En cas d'absence, il était remplacé par le médecin le plus élevé en grade ou le plus ancien dans le grade. Il assurait par lui-même ou par les médecins placés sous ses ordres le service médico-chirurgical. Il répartissait le personnel entre les différents services de

¹⁴⁶ANS, 2H-48 (26), *op. cit.*, pp. 5-6.

l'établissement. Il était le détenteur des ordres et documents relatifs à la mobilisation. Il faisait établir et signait ou visait la correspondance et les rapports relatifs au fonctionnement général du service. Il procédait, lorsqu'il le jugeait utile ou s'il en avait reçu l'ordre, aux vérifications et aux recensements. Il prenait part aux conférences concernant les travaux de construction, d'appropriation, d'affectation et d'amélioration des locaux destinés aux différents services de l'établissement. Il tenait le registre des constatations pour le personnel de la formation. Il veillait à la tenue du contrôle des autopsies.

Le médecin-chef recevait verbalement et par écrit les rapports des différents services, statuait sur les punitions, les mutations, les permissions et réglait toutes les questions relatives à l'administration de l'établissement et au bon fonctionnement de chaque service. Il était informé de l'état des malades graves et se rendait à leur lit, en consultation, toutes les fois qu'il le jugeait opportun. Sa surveillance s'exerçait sur les prescriptions médicamenteuses et alimentaires, sur la tenue des feuilles et des documents cliniques. La police sanitaire de l'établissement appartenait au médecin-chef. Il autorisait la sortie et les promenades des malades non détenus ; il accordait les autorisations demandées pour visiter les malades. Le médecin-chef était responsable envers le directeur du service de santé de l'instruction du personnel, de la bonne tenue de l'établissement et de l'exécution du service. Il informait d'urgence le directeur du service de santé des épidémies et de tous faits importants, tant au point de vue médical qu'administratif, se rattachant au service de l'établissement¹⁴⁷. Bref, le médecin-chef était le « cerveau » qui organisait et coordonnait.

En dehors du médecin-chef, il y avait **les médecins en sous-ordre, les médecins-traitants et le médecin-résident**.

Les médecins-traitants étaient chargés du traitement des malades et étaient responsables, envers le médecin-chef, du fonctionnement de leur service. Le médecin-chef du service chirurgical était détenteur effectif du matériel de la salle d'opérations et l'arsenal chirurgical. Ils faisaient chaque jour aux heures prescrites deux visites à l'établissement. Ils en faisaient d'autres encore, de jour ou de nuit, si l'état de quelques malades l'exigeait. Ils rendaient compte au médecin-chef de toutes les circonstances graves qui se présentaient. Ils lui signalaient également les malades qui étaient dans le cas d'être, soit isolés, soit proposés pour un congé convalescence ou à envoyer en station thermale. Ils procédaient aussi au rapatriement ou à l'évacuation sur une autre formation sanitaire. Ils dirigeaient l'instruction des médecins placés sous leurs ordres en les associant à toutes les recherches qui avaient pour but d'éclairer leur diagnostic et ils étaient responsables de cette instruction envers le médecin-chef, ainsi que de l'instruction technique des infirmiers. Ils faisaient établir et signaient les relevés alimentaires et médicamenteux. Ils s'assuraient de la bonne tenue des

¹⁴⁷ANS, 2H85 (26), Nouveau texte de règlement sur le fonctionnement des services médicaux coloniaux, hospitaliers et régimentaires des Territoires dépendants du Ministre de la FOM [SD], pp. 18-22.

cahiers de visite, ils tenaient les feuilles de clinique.

Les médecins en sous-ordre secondaient les médecins traitants dans toutes les parties du service et étaient responsables devant eux à cet égard. Ils dirigeaient et complétaient l'instruction technique des infirmiers.

Dans les hôpitaux, sur décision du médecin-chef, la police était exercée, sous l'autorité de celui-ci par un **médecin-résident**, logé dans l'enceinte de l'hôpital ou dans son voisinage immédiat. Il était détenteur des collections scientifiques, de la bibliothèque médicale ainsi que du matériel en service dans la salle de garde. Il était chargé du service médical du personnel de l'hôpital. Le médecin chargé de permanence (médecin de garde, de jour ou résident) se tenait en principe dans la salle de garde ; s'il la quittait, il indiquait le lieu où on pouvait le trouver dans l'établissement. Le médecin-résident pouvait, de nuit et pendant les repas, se tenir dans son logement. Il recevait et faisait placer les entrants dans les diverses salles et désignait les lits qu'ils devaient occuper. Il devait toujours être prêt à porter des secours partout où il était nécessaire et ne pouvait sortir de l'établissement. Il assistait aux distributions accidentelles faites aux entrants lorsqu'elles n'avaient pu avoir lieu en même temps que les distributions générales. Il se conformait aux indications des médecins-traitants mentionnées sur le cahier spécial déposé à la salle de garde. C'est lui qui leur rendait compte des observations qu'il avait faites. Il était responsable de l'armoire de garde. Il constatait les décès. Il rendait compte au médecin-chef des faits saillants survenus pendant son service¹⁴⁸.

-Les pharmaciens européens

Les pharmaciens du corps de santé colonial, bien que peu nombreux, avaient largement contribué à l'œuvre humanitaire de la France au Sénégal. Dans les établissements hospitaliers comprenant la présence d'un pharmacien, ce dernier placé sous l'autorité directe du médecin-chef, restait personnellement responsable du service de la pharmacie, tant au point de vue technique, qu'au point de vue comptabilité intérieure. Il veillait à la conservation des médicaments et produits chimiques existant dans son approvisionnement. Il établissait les demandes de médicaments et matériel technique et en assurait la distribution. C'est lui qui remettait au gestionnaire les pièces permettant à celui-ci de prendre en compte le matériel technique et d'en effectuer la répartition sur les inventaires particuliers des divisions et services techniques. Il se conformait pour le stockage et la distribution des médicaments à la réglementation pharmaceutique en vigueur dans le territoire, notamment en ce qui concernait les substances vénéneuses. Il veillait à ce que toutes les préparations médicamenteuses fussent rigoureusement exécutées et soigneusement étiquetées. Il était membre de la commission de réception de l'hôpital et faisait toutes les analyses nécessaires pour éclairer cette

¹⁴⁸ANS, 2H85 (26), *op. cit.*, pp. 23-26.

commission. Il était présent à l'hôpital aux heures de visite et contre-visite et participait, s'il y avait lieu, à la dégustation des aliments destinés aux malades. Il était responsable de la propreté et de la bonne tenue des locaux de la pharmacie. Il exécutait des analyses médicales et chimiques, ainsi que tous les autres examens de sa compétence, qui lui étaient demandés dans l'intérêt des malades et des divers services hospitaliers. En l'absence d'un médecin spécialiste, il pouvait être chargé des examens bactériologiques¹⁴⁹.

Les pharmaciens du corps de santé colonial contribuaient aux recherches en tant que biologistes et chimistes en exécutant les analyses les plus délicates dans les divers laboratoires comme ceux des hôpitaux, de l'Institut Pasteur de Dakar et de la Mission Anthropologique des populations indigènes. Ils avaient accompli un travail immense par la prospection des plantes utilisées au point de vue thérapeutique par les populations autochtones¹⁵⁰. Les travaux d'identification et d'analyse des parties de la plante utilisée (racines, feuilles, fleurs, graines, fruits) étaient pratiqués dans les laboratoires de faculté de pharmacie de Paris où des pharmaciens coloniaux aidaient souvent aux recherches sous la direction des grands maîtres¹⁵¹. Pour la bonne santé des populations, ils contrôlaient par analyses les produits alimentaires qui devaient être conformes aux normes, non falsifiés et non toxiques. Il s'agissait des produits importés (farines, huiles, conserves, boissons) et de ceux fabriqués localement (pain, pâtisseries, bières, limonades, rhum). En matière d'hygiène publique, ils déterminaient la potabilité des eaux des villes et en vérifiaient la bonne javellisation. Ils étaient les conseillers pour la lutte contre les rats et les insectes nuisibles (cafards, fourmis, puces, mouches, termites, moustiques) car les produits utilisés, souvent toxiques, devaient l'être avec précaution¹⁵².

-Les officiers d'administration européens

Le corps de santé colonial comportait, à côté des médecins et des pharmaciens, des personnels dont les actions pouvaient être moins visibles mais étaient primordiales car sans eux rien ou presque n'aurait été possible. Il s'agissait des officiers d'administration qui régissaient le fonctionnement administratif de ce corps de santé réparti sur l'espace de la colonie du Sénégal, avec une grande compétence et surtout une grande capacité d'adaptation à des situations très souvent imprévisibles. Leur rôle était important. On ne saurait assez reconnaître leur dévouement et leur excellent esprit en service hors-cadre au Sénégal qui, pendant les heures difficiles de la guerre et de l'après-guerre, avaient montré, malgré les difficultés que rencontrait le service de santé pour assurer son

¹⁴⁹ANS, 2H85 (26), *op. cit.*, pp. 26-27.

¹⁵⁰ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, p. 17.

¹⁵¹ANS, 17G231 (104), *op. cit.*, p. 18.

¹⁵²<http://www.asonom.org>, article sur le corps médical en AOF, consulté le 13 avril 2011.

fonctionnement normal¹⁵³. Dans chaque hôpital, un officier d'administration était chargé sous l'autorité du médecin-chef du service d'administration de l'établissement. Il tenait ou faisait toutes les écritures relatives aux mouvements des malades : entrées, naissances, sorties, évacuations, décès, évasions, etc. Il faisait dresser l'inventaire et assurer la conservation des effets et objets déposés par les entrants et en responsable. L'officier d'administration établissait la comptabilité des différents détails de l'établissement. Il était gérant de la caisse de fonds d'avances. Il était l'intermédiaire hiérarchique pour tous les rapports de service entre le médecin-chef et les officiers d'administration attachés à l'établissement. Chaque année, il remettait au médecin-chef, après les avoir annotées, les feuilles de notes concernant le personnel sous ses ordres. Il gardait les locaux qui lui étaient remis pour l'exploitation du service ; il veillait à la conservation du mobilier, des approvisionnements du service courant, des objets de consommation, ainsi que des denrées dont la préparation et la distribution avaient lieu par ses soins. Il établissait et remettait au médecin-chef les états de demandes de mobilier et de matériel non technique. Il était comptable des deniers et matières, effets ou objets dont il avait donné récépissé. Il établissait pour tout le personnel toutes les pièces prescrites au titre de la solde. Il était détenteur de la bibliothèque des malades. Il prenait sous l'autorité du médecin-chef toutes dispositions utiles en vue de la lutte contre les incendies. Il était logé dans l'enceinte de l'hôpital ou à proximité immédiate de celui-ci¹⁵⁴.

En définitive, les officiers d'administration étaient l'armature du service de santé colonial.

Le personnel technique européen en service était un personnel qui permettait d'avoir dans la colonie du Sénégal, tant pour les Européens que pour les Indigènes, des établissements hospitaliers susceptibles de faire face à tous les besoins.

B- Le personnel subalterne européen

Le personnel subalterne européen était constitué de diverses catégories. Il y avait dans les services sanitaires des infirmiers, des infirmières, des sages-femmes, des personnels divers qui servaient les différents établissements de la colonie du Sénégal. Ce personnel destiné à soigner les malades se recrutait par des envois de France au fur et à mesure des relèves coloniales.

-Les infirmiers et infirmières européens

Le cadre des infirmiers européens était créé par l'arrêté du Gouverneur général daté du 14 avril 1904. Ils avaient dans leurs attributions pour missions le contrôle de l'exécution des mesures d'hygiène et d'assainissement intéressant la protection de la santé publique, le dépistage des

¹⁵³ANS, 2G40-19, *op. cit.*, p. 36.

¹⁵⁴ANS, 2H85 (26), *op. cit.*, pp. 27-29.

maladies endémiques, la diffusion chez l'indigène des notions élémentaires d'hygiène, l'assistance des médecins de postes de santé et la participation aux tournées rurales effectuées dans le cadre de l'AMI¹⁵⁵. Il y avait plusieurs catégories d'infirmiers et infirmières, parmi lesquelles nous avons l'infirmier-chef, l'infirmier-major ou l'infirmière-major, les infirmiers ou infirmières de visite.

Le plus élevé et le plus ancien dans le grade des infirmiers européens attachés à un établissement remplissait les fonctions d'**infirmier chef**. Il était l'auxiliaire immédiat du médecin-résident ou du médecin-chef responsable, pour la surveillance des divers situations médicales. L'infirmier chef recevait la liste des hommes de service, il faisait les appels et contre-appels, il commandait et surveillait les corvées, il avait la police des cours et des promenoirs et il veillait à leur propreté ainsi qu'à celle de toutes les parties extérieures de l'établissement enfin il recevait les réclamations des malades. L'infirmier-chef s'assurait, par des rondes de nuit, que le personnel de garde était à son poste et exécutait les consignes.

Dans chaque division de malades, le médecin-chef désignait **un infirmier-major** ou **une infirmière-major**, chargé sous l'autorité et la responsabilité du médecin-traitant des détails du service et notamment de la partie administrative, de l'alimentation, de la centralisation des relevés de médicaments et des rapports avec les services de l'hôpital extérieurs à la division. L'infirmier-major ou l'infirmière-major exigeait que le personnel placé sous ses ordres remplît exactement ses devoirs. Il veillait au bon ordre, à la propreté et à l'aération des locaux. Il devait être présent à la visite. Il tenait le cahier des entrées et des sorties de la division et était chargé de la conservation des archives médicales. Il établissait les relevés des prescriptions alimentaires de la division. Il percevait les vivres et assistait à leur distribution aux malades. Ayant centralisé les relevés des prescriptions de médicaments, il faisait percevoir ceux-ci à la pharmacie et les répartissait entre les infirmiers et infirmières des salles. Il distribuait entre les infirmiers et les infirmières de salles le linge de corps ou de lit destiné à renouveler celui des malades ; il était chargé des échanges et perceptions à la lingerie de la formation. Il devait toujours avoir à sa disposition une certaine quantité de linge en vue des recharges accidentelles dans le service. L'infirmier-majors ou infirmière-major était responsable, vis-à-vis du gestionnaire ou du médecin-chef, du matériel et du linge qui leur étaient confiés¹⁵⁶.

Quant aux **infirmiers** ou **infirmières de visite** attachés aux divisions des malades, ils étaient chargés, sous la direction immédiate des médecins-traitants, de la tenue des cahiers de visite, de l'établissement des relevés de prescriptions et de la distribution des médicaments, ainsi que de l'exécution des pansements simples ou de tous les autres soins relevant de leur compétence que le médecin-traitant estimait devoir leur confier. Ils secondaient les infirmiers-majors lors de la

¹⁵⁵M. Diawara, *op. cit.*, pp. 39-40.

¹⁵⁶ANS, 2H85 (26), *op. cit.*, pp. 29-32.

distribution des repas. Les infirmiers ne devaient jamais manquer aux égards qui étaient dus aux malades même lorsque ceux-ci viendraient à les maltraiter, s'ils avaient à s'en plaindre, ils recouraient à l'autorité du médecin-traitant ou du médecin-chef. Dans chaque établissement, un infirmier gradé était chargé de la surveillance de la poste¹⁵⁷.

-Les infirmières et les sages-femmes européennes

Des infirmières et sages-femmes du cadre des infirmières et sages-femmes coloniales, ainsi que le cas échéant, des contractuelles pourvues du diplôme d'État pouvaient être affectées dans les hôpitaux. Dans chaque établissement, les infirmières et les sages-femmes étaient réparties par le médecin-chef dans divers services où elles étaient chargées, sous la direction immédiate du médecin-traitant, du pharmacien ou du gestionnaire, du service des malades et des différents détails de l'exploitation.

Aux sages-femmes étaient réservés, en principe, les maternités et les services de Protection Maternelle Infantile (PMI). Elles pouvaient cependant, par nécessité de service, être chargées d'un emploi d'infirmières¹⁵⁸.

Des **auxiliaires**, des **cuisiniers**, des **ouvriers**, des **journaliers**, des **lingères**, des **blanchisseuses**, etc. étaient affectés aux services hospitaliers, à titre permanent ou temporaire, par décision du chef de territoire ou commandant supérieur, suivant le cas, et sur proposition du directeur ou de chef du service de santé¹⁵⁹. Ils avaient joué des rôles non négligeables pour la bonne marche des services sanitaires

En somme, le personnel sanitaire européen avait joué un rôle incontournable. Il avait assuré les tâches de direction, d'orientation générale des services, de formation du personnel sanitaire africain dans les écoles de formation sanitaire, du contrôle, de l'évaluation des activités, etc. Cependant, l'insuffisance de l'effectif de ce personnel médical apparaissait comme une constante durant toute la période coloniale. Ainsi, pour pallier ce déficit d'effectif, il avait bénéficié de la collaboration de leur homologue africain dans la lutte pour l'éradication des maladies dominantes.

¹⁵⁷ANS, 2H85 (26), *op. cit.*, pp. 33-34.

¹⁵⁸*Idem.*, pp. 30-31.

¹⁵⁹*Idem.*, p. 35.

CHAPITRE II : LE PERSONNEL SANITAIRE AFRICAIN

La mise en valeur économique des colonies dépendait d'une amélioration des conditions d'existence des populations indigènes, notamment de leur situation sanitaire. Car les autochtones qui constituaient l'essentiel de la main-d'œuvre subalterne, étaient décimés par de graves maladies comme la peste, la fièvre jaune, le paludisme, la trypanosomiase, etc. La colonie pouvait difficilement constituer une réserve de main-d'œuvre suffisante et un marché de consommateurs de produits européens. Pour mener à bien l'œuvre sanitaire les autorités coloniales formaient sur place le personnel africain qui représentait les éléments d'exécution essentiels dont l'action auprès des populations était incessante pour faire pénétrer les notions d'hygiène ainsi que pour appliquer les méthodes de prophylaxie et lutter contre les maladies épidémiques et sociales. Le personnel sanitaire indigène était guidé par son homologue européen¹⁶⁰. Le personnel sanitaire africain en service dans les services sanitaires était divers. Il y avait d'abord, le personnel technique, ensuite, le personnel subalterne, et enfin, le personnel de service.

A- Le personnel technique africain

Nous entendons par personnel technique africain, un personnel médical qui était formé au début à l'École de Médecine de Dakar avant l'ouverture de l'École Préparatoire de Médecine de Pharmacie de Dakar en 1950. Parmi ce personnel, nous avons les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les infirmières-visiteuses.

-Les médecins auxiliaires

Appelés médecins auxiliaires d'abord jusqu'à la création de l'École Africaine de Médecine et de Pharmacie en 1944, ils changeaient de dénomination et prenaient le nom de médecins africains, leurs prérogatives devenaient plus importantes, ils se virent attribuer plus de responsabilités. À partir des années 1950, ils devinrent des médecins diplômés d'État. Ils étaient formés d'abord à l'École de Médecine de Dakar pour servir dans les postes médicaux de brousse¹⁶¹ des territoires du groupe ayant en commun le Français. Certains d'entre eux étaient retenus à leur sortie à l'hôpital pour seconder le personnel technique européen¹⁶². Ils secondaient les médecins européens dans toutes leurs tâches. Ils les accompagnaient dans leurs tournées ou, au contraire, restaient au poste pour assurer le service pendant l'absence des « patrons ». Certains avaient en charge la salle d'opération, d'autres une subdivision sanitaire autour d'un centre de santé rural. Leur entremise était précieuse pour communiquer avec les populations, les chefs de village. Mieux que l'Européen, ils pouvaient comprendre toutes les réticences des patients qui ne connaissaient que la médecine

¹⁶⁰ANS, 1H126 (26), *op. cit.*, p. 7.

¹⁶¹*Ibidem.*

¹⁶²L. Badiane, *op. cit.*, p. 45.

traditionnelle. Les médecins auxiliaires assistaient les visites médicales dans les écoles indigènes. En dehors de ces visites, ils tenaient à jour les fiches médicales au secrétariat du médecin-chef, et servaient d'aides au laboratoire de bactériologie clinique au cours des séances de radioscopie systématique¹⁶³.

En 1946, un certain nombre de médecins africains, diplômés de l'École Africaine de Médecine et de Pharmacie de Dakar, étaient dirigés chaque année sur la métropole pour poursuivre leurs études et obtenir le diplôme de docteur en médecine, après avoir obtenu leur baccalauréat en AOF. Les médecins africains qui bénéficiaient de ces dispositions étaient : les majors de promotion. Des dispositions analogues permettaient aux pharmaciens africains et sages-femmes africaines de poursuivre leurs études en métropole pour l'obtention du diplôme d'État¹⁶⁴.

Les nouvelles perspectives qui s'ouvraient dans le domaine de la formation à partir des années 1950, permettaient d'affiner la valeur technique de ce personnel. Mais avec l'ouverture de la Faculté de Médecine en 1957, suivie des premières soutenances de thèses d'étudiants en médecine, quelques années après, la valeur professionnelle de ces médecins avait atteint son apogée¹⁶⁵. Selon Fadel Diadhiou : « *Les médecins africains étaient très bien formés après seulement quatre années d'études. Ils avaient non seulement des connaissances, mais des connaissances gestuelles, pratiques. Actuellement, on forme des cadres de hauts niveaux, mais avec des spécialisations très pointues, parce qu'ils n'ont pas suivi la médecine très parcellaire. Alors qu'à l'époque, ces médecins africains étaient des monuments* »¹⁶⁶. D'une manière générale, ces médecins avaient donné entière satisfaction par leur manière de servir. Ils faisaient preuve de bonnes connaissances professionnelles et ils avaient joué un rôle déterminant pour la relance démographique et l'éradication de certaines maladies.

-Les pharmaciens auxiliaires

Les pharmaciens auxiliaires étaient, tous, anciens élèves de l'École de Médecine « Jules Carde ». Ils secondaient des troupes coloniales : fonctionnement des pharmacies d'approvisionnements de la colonie, des pharmacies d'hôpitaux et des ambulances les plus importantes où ils représentaient sous l'autorité du médecin de la formation, le personnel pharmaceutique spécialisé¹⁶⁷. Ils expédiaient les médicaments aux différents centres et dispensaires, fabrication des solutés salés et sucrés dont il était fait un large usage, d'ampoules injectables et de médicaments divers, fonctionnement du

¹⁶³ANS, 1H105 (163), Instruction générale sur le fonctionnement du Service Général de l'Inspection Médicale des Écoles dans les chefs-lieux de colonie de l'Afrique française, p. 6.

¹⁶⁴ANS, 1H49 (163), Documentation concernant la santé publique en AOF – Année 1951.

¹⁶⁵ANS, 2G47-13 (1), *op. cit.*, p. 85.

¹⁶⁶Entretien avec Fadel Diadhiou, (76 ans), rencontré au Point-E (à son Cabinet Médical), Médecin d'Etat à la retraite, Professeur honoraire en Gynécologie obstétrique, le 20 juin 2011.

¹⁶⁷Ricou, « Le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de l'AOF », Rapport annuel, 1942, p. 42.

laboratoire de biochimie dans les hôpitaux et aussi dans l'Institut Pasteur de Dakar, contacts avec les guérisseurs¹⁶⁸.

-Les sages-femmes auxiliaires

Appelées sages-femmes auxiliaires, souvent maîtresses femmes, elles portèrent ensuite le nom de sages-femmes africaines à partir de 1944, avant de devenir sages-femmes d'État en 1957¹⁶⁹. Elles étaient formées, d'abord à l'École de Médecine de Dakar, ensuite à l'École des Sages-femmes Africaines et enfin à l'École des Sages-femmes d'État. Le recrutement se faisait sur concours, parmi les candidates titulaires du Certificat d'Études Primaires Élémentaires (CEPE). La durée des études était de trois ans. Une trentaine d'élèves étaient admises chaque année. En fin de scolarité, le diplôme de sage-femme était délivré aux élèves ayant satisfait à l'examen de fin d'études¹⁷⁰. Leur principale activité se portait sur l'assistance aux mères et aux enfants dans les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Elles formaient la base du réseau des PMI. Leur rôle n'était pas seulement limité à celui d'une « accoucheuse ». La sage-femme était également une « puéricultrice » auprès de la mère africaine et de la femme en général. Son activité se répartissait entre trois services aussi importants l'un que l'autre :

-La consultation prénatale, où étaient suivies les femmes enceintes, tant dans l'intérêt de la femme, qui faisait « une bonne grossesse » et « un bon accouchement », que dans celui de l'enfant qu'elle portait, qui naissait en temps voulu et en bonne santé ;

-Le service des accouchements ;

-La consultation postnatale, où étaient suivis et traités les enfants depuis leur naissance jusqu'à cinq ans, où les mères étaient conseillées¹⁷¹. Selon notre interlocuteur, Marie Touré NGom, ancienne sage-femme africaine, ayant servi au Sénégal, en Haute-Volta (actuel Burkina Faso) et en Centrafrique (à Bangui) : « *Les sages-femmes avaient en charge la maternité, mais aussi la gynécologie. Elles exerçaient aussi bien dans les villes et que dans les campagnes. Elles accompagnaient les médecins dans les tournées régulières hebdomadaires, même en brousse. En effet, lorsque le Centre International de l'Enfance avait financé le professeur Jean Sénécal pour le centre rural pilote de « Protection familiale » de Khombole, les élèves médecins mais surtout les élèves sages-femmes en stage accompagnaient ce dernier* »¹⁷².

¹⁶⁸<http://www.asnom.org>, *op. cit.*

¹⁶⁹N. Guèye, « *Étude d'une profession médicale : Les Sages-femmes du Sénégal de 1918 à 1968* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 2002-2003, p. 88.

¹⁷⁰ANS, 1H49 (163), Document concernant la santé publique en AOF – Année 1952, p. 12.

¹⁷¹Anonyme, « *Revue de l'Assistance Médicale Indigène en AOF* », Bulletin médical de l'AOF, Ed. GAAOF, Tome 1-FASC. 1, [1^{ère} année, 1^{er} trimestre], 1942, p. 31.

¹⁷²Entretien avec Marie Touré NGom, 82 ans (né en 1929), rencontré à Reubeuss (Dakar) le 28 avril 2011.

Vu leur nombre très faible, les sages-femmes africaines étaient parfois suppléées par les infirmières-visiteuses ou par des matrones dans la brousse. Le médecin pouvait être appelé dans les accouchements difficiles. Elles étaient des éducatrices, car elles étaient en contact permanent avec les mères qui venaient à elles avec confiance et elles pensaient leur donner des notions simples et pratiques d'hygiène, de puériculture et mener aussi une action préventive efficace auprès des enfants¹⁷³. Elles étaient l'armature de la protection de la mère et de l'enfant. Si certains accidents avaient pu être évités, si les consultations prénatales et postnatales et les accouchements s'étaient déroulés comme il fallait, le mérite en revenait aux sages-femmes et aux infirmières-visiteuses.

-Les infirmières-visiteuses

La section des infirmières-visiteuses de l'École de Médecine de Dakar qui avait commencé à fonctionner à partir de 1930 entrainait dans le cadre de la politique de mise en valeur, c'est-à-dire la préservation de la population et de la natalité. Leur formation durait deux ans. Elle était prise en charge par les autorités médico-administratives, avec l'ouverture à leur intention d'une action de formation à l'École de Médecine de Dakar. Le recrutement se faisait par un concours d'entrée selon les mêmes critères que les élèves sages-femmes¹⁷⁴. Cette nouvelle filière avait fonctionné pendant une quinzaine d'années. Vouées davantage à la puériculture et à la prévention plus qu'au traitement des malades, les infirmières-visiteuses servaient de « trait d'union entre la maternité et la population ». Leur mission était d'ordre extérieur. Au Sénégal, pour faciliter leurs déplacements, ces agents étaient pourvus de bicyclettes¹⁷⁵. Elles exerçaient leur tâche productive dans les cases des villages. Aux femmes enceintes, elles donnaient des conseils pratiques d'hygiène concernant la grossesse et l'accouchement ; aux mères, elles apprenaient les principes essentiels de la puériculture, elles suivaient avec soins l'état de santé des nourrissons et provoquaient toutes mesures utiles pour les mettre à l'abri des maladies évitables et assurer leur croissance normale. Bien éduquées dans le dépistage des maladies principales de la grossesse et de celui des maladies des nourrissons, elles renseignaient exactement le médecin et la sage-femme du dispensaire sur l'état de santé des mères et des enfants ; elles provoquaient leur inspection dans les cas embarrassants et se conformaient scrupuleusement à leurs prescriptions¹⁷⁶.

En outre, les infirmières-visiteuses s'approchaient des familles, avaient des entretiens avec les futures mères dans les cases des villages, contrôlaient le nombre et la qualité des accouchements

¹⁷³ANS, 1H103 (163), Rapport sur le cours médico-social organisé à l'intention des sages-femmes africaines à Dakar avec l'aide du Centre International de l'Enfance, sous l'autorité du Professeur Jean Sénécal par C. Faget assistante sociale détachée de l'assistance publique de Paris, p. 1.

¹⁷⁴A. Ndiaye, *op. cit.*, p. 1195.

¹⁷⁵ANS, 2G39-14, Rapport annuel, p. 105.

¹⁷⁶ANS, 1H31 (26), Programme de l'enseignement à donner aux infirmiers sanitaires et aux infirmières-visiteuses et aux matrones traditionnelles, p. 2.

faits par les matrones. Elles dirigeaient les nourrissons malades vers les dispensaires, donnaient des conseils d'hygiène sociale aux populations¹⁷⁷, des régimes aux jeunes mamans. Elles étaient les précurseurs des « éducateurs sanitaires ».

L'entreprise médicale dans la colonie était de temps en temps une action de masse. Les infirmières-visiteuses constituaient une véritable passerelle entre le dispensaire et la case indigène, elles épaulaient en ville le dépistage des malades, en particulier ceux atteints de la tuberculose et des affections vénériennes¹⁷⁸. Elles veillaient au suivi à domicile de ces patients qu'elles amenaient à la consultation. Elles intervenaient dans la prophylaxie du tétanos ombilical et elles faisaient une action très salubre dans la PMI. Elles jouaient aussi, un rôle non négligeable dans l'Inspection Médicale des Écoles. Elles étaient les auxiliaires du médecin inspecteur des écoles. Elles assistaient à toutes les visites médicales, pointaient les absents et les irréguliers. Dans l'intervalle de ces visites, elles assuraient une liaison entre le Service Général de l'Inspection Médicale des Écoles (SGIME) et la direction des divers établissements scolaires. Elles s'occupaient des malades envoyés dans les dispensaires et les hôpitaux et étaient chargées de récupérer, le cas échéant, les fiches de renseignement en fin de traitement dans les dispensaires et à la sortie des malades dans les hôpitaux. Dans certains cas, elles étaient amenées à faire des visites à domicile et pouvaient ainsi donner d'utiles renseignements sur le milieu où vivait l'enfant. Enfin, elles donnaient dans les écoles des conseils d'hygiène et de prophylaxie des maladies contagieuses¹⁷⁹.

Sans conteste, les infirmières-visiteuses contribuaient au développement de la médecine préventive et curative. Il est important de noter qu'elles étaient très bien accueillies par les populations africaines, qui, du coup se montraient plus réceptives à la médecine européenne¹⁸⁰.

B- Le personnel subalterne africain

Le personnel subalterne africain était composé des infirmiers et infirmières auxiliaires, les assistantes sociales, les accoucheuses traditionnelles ou matrones, etc. Ce personnel sanitaire était formé et instruit à l'hôpital du chef-lieu, aux dispensaires, aux maternités, etc. et recevait l'instruction médicale nécessaire. En outre, l'école Jamot de Bobo-Dioulasso formait les infirmiers spécialisés à la lutte contre les grandes endémies : trypanosomiase, lèpre, paludisme, méningite cérébrospinale, etc.

¹⁷⁷B. Niang, « *La politique coloniale de gestion des personnels indigènes de l'administration publique de la fin de la conquête à la veille de la deuxième guerre mondiale – 1890-1939. Le cas de la colonie du Sénégal* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], UCAD, Année Universitaire 1998-1999, pp. 145-146.

¹⁷⁸S. Sarr, *op. cit.*, p. 50.

¹⁷⁹ANS, 1H105 (163), *op. cit.*, p. 6.

¹⁸⁰A. Ndiaye, *op. cit.*, p. 1196-1197.

-Les infirmiers et infirmières auxiliaires

Les infirmiers étaient la première catégorie du personnel sanitaire africain. Ils avaient joué un rôle important dans la propagation de la médecine européenne et dans la résolution des problèmes de santé des populations dans les milieux urbain et rural. On distingue plusieurs catégories de personnel infirmier au Sénégal. Parmi lesquelles, nous avons : les infirmiers coloniaux, les infirmiers indigènes, les infirmiers du SGHMP et d'autres catégories d'infirmiers¹⁸¹.

Certains étaient recrutés dans les hôpitaux, mais leur véritable mission était d'être des agents d'hygiène essentiellement mobiles, parcourant les villages, pénétrant dans les habitations, se mettant et restant en contact avec les populations. Au cours de leur tournée, ils s'efforçaient de donner aux indigènes des notions pratiques simples, applicables, concernant la propreté du corps, du linge, de l'habitation et de ses alentours¹⁸². Ils étaient les conseillers écoutés des chefs de village pour tout ce qui concernait la propreté de l'agglomération, l'approvisionnement en eau potable, l'évacuation des matières usées et des ordures ménagères, la destruction des parasites, insectes, rongeurs et autres agents transmetteurs des maladies endémo-épidémiques. Ils profitaient de leurs visites pour dépister les maladies contagieuses. Ils appliquaient les mesures urgentes et occasionnelles destinées à lutter contre la propagation des affections. Et, ils provoquaient toutes les instructions utiles de la part du médecin dont ils dépendaient ; ils contrôlaient les résultats obtenus¹⁸³.

Avec le développement de l'enseignement primaire, les infirmiers et les infirmières sont recrutés à la suite d'un concours. En principe, les candidats au concours d'élèves infirmiers devaient posséder le CEPE (Arrêté local n° 655/CP du 11 mars 1945). Les élèves étaient admis sur concours et étaient soumis à une période d'instruction d'un an dans l'hôpital du chef-lieu de chaque territoire. Au Sénégal, ils étaient formés et instruits soit à l'Hôpital Colonial de Saint-Louis, soit à l'HCA. Selon Mamadou Diouf : « *Dans le cadre de la formation sanitaire, je suis sorti comme un infirmier sanitaire de l'école des agents sanitaires de Saint-Louis en 1955. A la fin de ma formation, j'ai été affecté en Mauritanie, plus précisément à la haute Mauritanie, à Attar, près de la frontière marocaine. A propos de mon affectation en Mauritanie, il faut noter qu'à cette époque, la direction de la santé était commune, Sénégal-Mauritanie. J'ai fait le concours pour la fonction publique mauritanienne. Les territoires étaient bien séparés. Il y avait la direction de la santé du Sénégal, la direction de la santé de la Mauritanie. C'est dans ce cadre que j'ai servi en Mauritanie. J'ai sillonné de long en large la Mauritanie. En ce moment, on avait un encadrement de médecins militaires* »¹⁸⁴.

Par ailleurs, l'école d'infirmiers du SGHMP était basée à Bobo-Dioulasso. Les élèves étaient

¹⁸¹E. M. M'Baye, *op. cit.*, pp. 51-55.

¹⁸²ANS, 1H31 (26), *op. cit.*, p. 1.

¹⁸³ANS, 126 (26), *op. cit.*, p. 28.

¹⁸⁴Entretien avec Mamadou Diouf, (77 ans), rencontré à Bargny (au dispensaire Elhadji Massour Sy), Infirmier sanitaire à la retraite, le 17 juin 2011.

recrutés au niveau du CEPE pour une durée d'études d'un an. Cette école formait des infirmiers spécialisés dans le dépistage, le traitement et la prophylaxie des affections épidémiques, endémiques et endémo-épidémiques, trypanosomiase, lèpre, paludisme, méningite cérébrospinale, onchocercose, etc. Chaque année, cette école formait trente infirmiers¹⁸⁵.

-Les assistantes sociales

Les assistantes sociales étaient des agents du Service des Affaires Sociales d'Outre-Mer créé par la loi n° 664 du 19 novembre 1943. C'est une circulaire gouvernementale qui avait créé en AOF un corps d'assistantes et d'auxiliaires sociales ayant pour rôle d'effectuer des visites à domicile, de suivre les malades, de dépister les nouveau-nés¹⁸⁶.

C'étaient les assistantes sociales qui, à domicile, s'efforçaient d'obtenir des mères de famille une meilleure observation des principes d'hygiène et de puériculture ; provoquaient, le cas échéant, l'intervention médicale, persuadaient les jeunes mères, si nécessaire, de conduire leur enfant aux consultations de nourrissons. C'étaient elles qui, à ces consultations, donnaient aux médecins tous les renseignements utiles sur les conditions de vie de l'enfant dans son foyer. Enfin, les assistantes sociales veillaient à ce que les conseils donnés par le médecin fussent exactement suivis. Elles étaient placées sous l'autorité du directeur de la santé ou du médecin-chef de la PMI. Le directeur de la santé était également secondé, pour tout ce qui concernait le travail et la discipline du personnel médico-social, par une assistante sociale particulièrement compétente en puériculture et ayant les qualités d'organisation et d'autorité indispensables¹⁸⁷.

Parmi les assistantes sociales, il y avait une assistante sociale chef qui jouait un rôle très important. Elle veillait à une judicieuse répartition des secteurs géographiques confiés à chaque assistante. Elle guidait l'action de ses collègues, elle les conseillait pour résoudre les cas difficiles, elle exploitait leurs rapports en vue de rechercher les améliorations nécessaires qui seront ensuite proposées au directeur de la santé. L'assistance sociale chef assurait la liaison avec les organismes privés concourant à la PMI. Elle effectuait elle-même certaines enquêtes particulièrement urgentes ou délicates, servant en quelque sorte de consultante pour ses collègues non spécialisées. Elle organisait des réunions d'information¹⁸⁸.

Les assistantes sociales avaient un rôle d'orientation et leur action consistait à dépister les problèmes sociaux et à indiquer les moyens de les résoudre. Elles prenaient la relève des infirmières-visiteuses mais avec des compétences plus grandes.

¹⁸⁵ANS, 1H49 (163), Documentation concernant la santé publique en AOF – Année 1951.

¹⁸⁶S. Sarr, *op. cit.*, p. 52.

¹⁸⁷ANS, 1H103 (163), Rapport sur l'organisation de la PMI en AOF par J. Sénécal, annexe 1.

¹⁸⁸*Ibidem*.

-Les accoucheuses traditionnelles ou matrones

Depuis les temps immémoriaux, partout dans le monde, les matrones exerçaient leur profession au vu et au su de toute la collectivité et elles bénéficiaient de sa reconnaissance et de sa considération. Parfois cette place représentait une sorte de charge héréditaire. En étudiant le personnel de santé dans la colonie du Sénégal, force est d'accorder une attention très particulière aux matrones. Le colonisateur français, après contrôle de leurs aptitudes, décidait d'inclure les matrones dans le dispositif officiel, tout en se gardant d'en faire des salariées.

Au Sénégal, cette formation des matrones figurait parmi les priorités de l'obstétrique en zone rurale. Le but à atteindre était d'apprendre aux matrones la propreté au cours de l'accouchement, le danger des manœuvres traditionnelles, la prévention du tétanos ombilical et de l'ophtalmie purulente, les soins principaux à donner aux nouveau-nés et enfin la notion du secours qui devait être réclamé à temps dans les cas de dystocie et d'infection puerpérale. Les stages étaient effectués dans les maternités, cases, ou dispensaires dont la durée était fixée à six mois. Pendant toute la durée de la formation les matrones étaient logées, nourries et recevaient une indemnité mensuelle de 30 francs. L'instruction pratique était assurée par les sages-femmes ou les infirmières-visiteuses sous le contrôle des médecins qui devaient veiller non seulement à ce qu'elle fût correcte du point de vue technique mais aussi à ce qu'elle fût faite avec toute la patience et la bienveillance nécessaires. La fin du stage était sanctionnée par un examen pratique passé obligatoirement en présence du médecin. Les matrones ayant satisfait aux épreuves recevaient un certificat signé du médecin et contresigné par l'administrateur. Les matrones qui avaient obtenu le certificat de fin de stage étaient tenues d'exercer dans les centres ruraux pour lesquels elles avaient été formées.

Au départ de la maternité, il leur était remis « une trousse de matrone », ainsi que le matériel et les objets de pansements nécessaires à la désinfection des mains et des instruments, à la ligature du cordon, aux pansements ombilicaux, aux instillations oculaires. Une note technique du chef du service de santé précisait les détails relatifs à la fourniture et au renouvellement de ce matériel. Afin d'éviter que les matrones instruites ne fussent tentées de reprendre leur procédés traditionnels, une prime de rendement proportionnelle aux services rendus était instituée en faveur de ces auxiliaires rurales¹⁸⁹. La prime de ce rendement calculée d'après le nombre de nouveau-nés présentés en bon état et avec une cicatrisation ombilicale parfaite, était payée trimestriellement, à raison de 3 francs par enfant¹⁹⁰.

Ensuite, retournées dans leur village ou leur quartier urbain, les matrones restaient sous le contrôle de la sage-femme et de l'infirmière-visiteuse. Les leçons portaient essentiellement sur les précautions à prendre avant et au cours de l'accouchement :

¹⁸⁹ANS, 1H102 (163), Circulaire n° 762/SSM1 au sujet de la lutte contre la mortalité infantile, pp. 7-10.

¹⁹⁰Cf. JOS, 1940, Circulaire n° 762 S.S.M. du 20 mai 1940 au sujet de la lutte contre la mortalité infantile, p. 370.

-la propreté de la case et de la literie en vue de l'accouchement ; objets nécessaires à l'accouchement, leur préparation ; propreté des personnes qui assistaient l'accouchée, nettoyage des mains ; premiers soins au nouveau-né (ligature du cordon, pansements du cordon, soins des yeux, lavage et habillage de l'enfant) ; premiers soins à l'accouchée (propreté de la literie et de la case après l'accouchement, le repas prescrit pour l'accouchée) ; notions essentielles sur l'alimentation et les soins à donner aux enfants après la naissance ; nécessité de faire appeler le médecin ou la sage-femme dans les cas d'accouchement difficile¹⁹¹.

Les matrones jouaient des rôles non négligeables dans l'accouchement traditionnel en réunissant toutes les précautions allant dans le sens du dispositif sanitaire, et à la protection de la mère et de l'enfant. L'administration coloniale les favorisait également par l'attribution prioritaire de bons alimentaires¹⁹². Un système de primes, fonction de leur activité et de ses résultats, permettait de les encourager à utiliser les connaissances acquises. Elles pouvaient recevoir en prêt une trousse d'accouchement (ciseaux, pinces, compresses, collyre, etc.). Plus tard, l'UNICEF participait à ces dotations. Il faut noter qu'elles étaient même présentes dans les villes sénégalaises dotées de cliniques obstétricales, publiques et privées. Ainsi, dans la mégapole de Dakar en 1960, le tiers des accouchements se faisait encore à domicile avec l'assistance de matrones¹⁹³.

Toutefois, elles étaient souvent décriées par les autorités médico-administratives qui les considéraient comme les principales responsables de l'importante mortalité et de la mortalité des femmes en couches¹⁹⁴.

C- Le personnel de service africain

Le personnel de service était très divers. En dehors des secrétaires, écrivains ou dactylographes employés dans les bureaux (gestion, comptabilité, salle de vaccinations) des cuisiniers, lingères, femmes de service et ouvriers spécialisés, les manœuvres constituaient la plus grande partie de ce personnel de service. Il y avait aussi des gardiens de léproseries, de lazarets, des plantons, etc. Il s'agissait le plus souvent d'une main-d'œuvre libre recrutée parmi les indigènes venus de l'intérieur qui donnaient un rendement plus élevé que les autochtones recherchant surtout des places de surveillants. La main-d'œuvre pénale assurait également certains travaux d'assainissement et de nettoyage. D'un rendement inférieur à celle de l'hygiène, elle avait par contre l'avantage d'être moins onéreuse¹⁹⁵.

¹⁹¹ANS, 1H126 (26), *op. cit.*, p. 37.

¹⁹²ANS, 2G48-20 (2), *op. cit.*, p. 118.

¹⁹³<http://www.asnom.org>, *op. cit.*

¹⁹⁴A. Ndiaye, *op. cit.*, p. 1197.

¹⁹⁵ANS, 2G36-21, Rapport annuel, annexe, *op. cit.*, pp. 7-8.

En somme, les échelons étaient tenus avec compétence et dévouement par le personnel sanitaire africain. Il avait apporté un second souffle à l'œuvre du corps de santé colonial. Ainsi, en 1950, les résultats étaient très satisfaisants grâce aux actions déployées dans le domaine de leur formation par leur homologue européen qui avait joué des rôles déterminants dans le cadre des luttes contre les fléaux dominants. A l'heure de l'indépendance, les Sénégalais étaient à l'œuvre. Ils avaient acquis, au contact des médecins et pharmaciens coloniaux, une riche expérience.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE III : LES PREMIÈRES ÉCOLES

Rien ne peut être fait, et bien fait, si le personnel impliqué dans la lutte contre les maladies n'avait pas la formation nécessaire. Dans les écoles de formation sanitaire, la lutte contre les endémies avait une part importante. Aussi, une formation réalisée sur place pour en limiter les frais était organisée afin d'assurer le recyclage ou la mise en niveau. Ainsi, bien avant la création de l'École de Médecine de Dakar en 1918, le corps de santé colonial avait mis en place des filières de formation des infirmiers et sages-femmes et des personnels techniques regroupés sous le terme de personnel paramédical. La priorité accordée aux services de formation sanitaire était de permettre aux colonialistes français de disposer d'un personnel capable de jouer le rôle d'intermédiaire entre eux et les populations, de faire pénétrer, parmi les populations, la culture et la civilisation françaises¹⁹⁶ et, enfin, de former les auxiliaires dans divers domaines tel que le domaine sanitaire indispensable à l'accroissement numérique et à l'amélioration physique des « races indigènes ». La formation du personnel sanitaire africain dans les écoles de formation sanitaire insistait sur la lutte contre l'effroyable mortalité infantile et sur la prévention des maladies endémiques et sociales.

Dans ce chapitre, nous allons étudier dans un premier temps l'École de Médecine de Dakar et dans un second temps parler des autres écoles de santé.

A- L'École de Médecine de Dakar

La politique sanitaire démographique ne pouvait pas réussir sans la création d'une École de Médecine destinée à former sur place les indigènes. Les médecins coloniaux étaient numériquement faibles. Pour les seconder, la métropole avait jugé nécessaire de créer une École de Médecine. Objet du décret du 14 janvier 1918, l'École de Médecine de l'AOF ouvrait ses portes à Dakar le 1^{er} novembre 1918, sous la direction d'Aristide Le Dantec qui était en même le directeur de l'HCI. Pendant un temps, l'École prenait le nom de Jules Carde. Sa mission était de former les médecins, pharmaciens, sages-femmes et vétérinaires auxiliaires destinés aux cadres secondaires communs de l'AOF et qui concouraient dans toutes les colonies du groupe, soit au service de l'AMI¹⁹⁷, soit au service vétérinaire sous la direction respective des médecins ou des vétérinaires du cadre général. La section vétérinaire était transférée à Bamako au Soudan¹⁹⁸. Les élèves venaient des écoles normales de chaque territoire de l'AOF. Ils se trouvaient à l'École Normale Fédérale, sise d'abord à Saint-Louis, puis Gorée, enfin Sébikotane, près de Dakar, sous le nom de l'École Normale William Ponty. Après deux années de tronc commun avec les futurs instituteurs et les futurs commis d'administration, un concours sélectionnait les élèves médecins, pharmaciens et sages-femmes. Ceux-ci suivaient sur place une année de sciences fondamentales avant d'intégrer l'École de

¹⁹⁶B. Niang, *op. cit.*, p. 127.

¹⁹⁷ANS, 1H98 (163), École Africaine de Médecine et de Pharmacie de sa fondation 1918 à l'année 1947, p. 1.

¹⁹⁸ANS, 1H24 (26), Arrêté portant organisation de l'École de Médecine de Dakar 1939-1947, p. 2.

Médecine. Par le décret n° 2385 AP/I du 11 Août 1944 instituant une École Africaine de Médecine et de Pharmacie (EAMP), le ministre des colonies appliquant les recommandations de la Conférence de Brazzaville, en ouvrant de nouveaux horizons aux destinées de l'établissement, en organisant un cadre colonial de médecins, pharmaciens et sages-femmes inter-colonial pour l'AOF. Les élèves provenaient désormais de tous les territoires du groupe de l'AOF, de l'AEF, du Togo et du Cameroun. Les premiers venaient de l'École Edouard Renard de Brazzaville¹⁹⁹.

L'HCI de Dakar (et ses annexes : maternité, IHS) était rattaché comme hôpital d'instruction à l'École de Médecine. L'enseignement de l'École était assuré par le directeur, le sous-directeur, les médecins-traitants et pharmaciens de l'HCI, les sages-femmes en service à la maternité et par des chargés de cours. Le conseil de perfectionnement de l'École se prononçait sur toutes les questions concernant le recrutement des élèves, la durée et le programme des études, l'utilisation du personnel à sa sortie de l'École. Tous les élèves étaient nommés par décision du Gouverneur général. La durée des études était de quatre ans pour les élèves médecins, de trois ans pour les élèves pharmaciens et les sages-femmes²⁰⁰.

-Pour la section de Médecine : Les matières enseignées étaient les suivantes : anatomie descriptive (ostéologie, myologie), angiologie, anatomie sommaire des nerfs, dissection, chimie et pharmacie, physique, pathologie interne, pathologie externe (avec une place prépondérante à la pathologie de l'Afrique)²⁰¹, zoologie (orientée principalement vers l'étude de la parasitologie, sémiologie théorique), sémiologie (destinée à permettre à l'élève de comprendre les cliniques qui étaient faites le matin dans les salles d'hôpital), hygiène, épidémiologie, technique d'examen clinique de laboratoire, maladies des yeux et de la peau, obstétrique, clinique interne et thérapeutique appliquée, médecine opératoire²⁰². Le directeur assurait périodiquement la répartition des élèves dans les services. La première année était destinée à familiariser l'élève avec le milieu médical. Ils effectuaient un stage hospitalier chaque matin à l'HCI et à l'IHS pendant lequel les débutants acquéraient des notions premières du métier d'infirmier panseur. Ils faisaient les pansements et apprenaient à pratiquer les interventions de petites chirurgies, les injonctions, la pose de ventouses, la prise des températures et l'établissement des courbes thermiques. Ces élèves faisaient au lit du malade de la sémiologie pratique²⁰³. Au cours de la troisième année ou de la quatrième année, les élèves faisaient un stage d'un mois à la pharmacie de l'HCI et un stage de deux mois à l'Institut Pasteur de Dakar. Dans le cours de la quatrième année, les élèves faisaient un stage

¹⁹⁹ANS, 1H98 (163), *op. cit.*, p. 2.

²⁰⁰ANS, 1H24 (26), *Ibidem.*, *Idem.*, pp. 3-6.

²⁰¹ANS, 1H24 (26), *Ibidem.*

²⁰²ANS, 1H24 (26), *op. cit.*, pp. 3-6.

²⁰³ANS, 1H24 (26), *op. cit.*, annexe.

d'accouchement d'un mois²⁰⁴.

-La section de pharmacie renfermait chaque promotion un petit nombre d'élèves pharmaciens. Et pour cela, les élèves étaient réunis tous ensemble dans des cours communs de pharmacie ou avec les élèves médecins pour des cours d'enseignement général. Les matières enseignées en pharmacie étaient les suivantes : zoologie et physique médicale (avec les élèves médecins) ; pharmacie galénique ; pharmacie chimique minérale ; pharmacie clinique organique. Il est important de souligner que pendant les cours de la pharmacie galénique et de la pharmacie chimique minérale, les élèves étudiaient les médicaments par groupes chimiques, sels de fer, sels de potassium alcools, phénols, etc., en ajoutant, avant l'étude pharmaceutique de chaque groupe, un court préambule sur les caractères chimiques, généraux du groupe les procédés d'extractions des composés de ce groupe que l'on trouvait dans la nature, etc., de manière à rappeler aux élèves les notions de chimie reçues au cours de l'École Normale William Ponty.

En outre, les matières comprenaient aussi la chimie analytique et médicale. Les travaux pratiques de chimie analytique et médicale et les travaux pratiques de pharmacie. Ces dernières matières comprenaient, pour un tiers du temps au moins, des reconnaissances de plantes sèches médicales et de produits chimiques ou galéniques. Un autre tiers du temps était consacré à la préparation et surtout à l'étude des caractères analytiques des produits chimiques employés le plus couramment en pharmacie et à la recherche des impuretés usuelles. Enfin, le dernier tiers du temps était employé à des manipulations de pharmacie galénique²⁰⁵.

Le stage technique des élèves pharmaciens se faisait à la pharmacie de détail, au laboratoire de chimie de l'HCI, ainsi qu'à l'Institut Pasteur de Dakar. Ils initiaient en outre à la pharmacie d'approvisionnement de l'HCI, à la comptabilité et à la tenue d'un magasin d'approvisionnement²⁰⁶.

-La priorité des autorités coloniales était « la régénérescence de la race noire » qui était d'augmenter la population indigène en conservant les naissances, en luttant contre la mortalité et la mortalité infantile et en protégeant la mère et l'enfant. La création de **la section des élèves sages-femmes** rentrait dans ce cadre. Le programme tendait à deux fins : qui était de donner aux élèves une instruction générale élémentaire et de leur donner une instruction pratique et simple portant sur l'hygiène générale, l'hygiène de l'enfance sur l'accouchement, la pathologie élémentaire de la femme enceinte et du nourrisson. La première année était consacrée à l'instruction générale. L'instruction technique était donnée en deuxième et en troisième année et comprenait les matières suivantes : notions d'anatomie et quelques notions de physiologie sur la circulation, la respiration, la digestion et l'excrétion. L'instruction portait aussi sur l'hygiène générale (hygiène spéciale à l'enfance),

²⁰⁴ANS, 1H24 (26), *op. cit.*, pp. 10-12.

²⁰⁵*Ibidem.*

²⁰⁶ANS, 1H24 (26), *op. cit.*, pp. 3-6.

pathologie élémentaire de la femme enceinte et du nourrisson (obstétrique normale).

La grossesse pathologique et les diagnostics étaient enseignés dans le but que les sages-femmes auxiliaires sussent les reconnaître pour avertir à temps le médecin²⁰⁷. À la fin de la deuxième année, les élèves classées premières étaient nommées monitrices d'accouchement et avaient droit aux primes prévues pour les externes en médecine. Pendant la première année, le stage hospitalier s'effectuait à l'HCI (salle des femmes) et à l'IHS. Les élèves apprenaient les notions du métier d'infirmières. En deuxième et en troisième année, le stage se faisait à la maternité et à la consultation des nourrissons. Un service de garde de 24 heures était journallement assuré à la maternité par un certain nombre d'élèves de deuxième et de troisième année désignés à tour de rôle²⁰⁸.

-La section d'infirmières-visiteuses avait vu le jour en 1930. Il était enseigné aux infirmières-visiteuses des notions d'hygiène pratique telles que *l'hygiène de la grossesse* (alimentation de la femme enceinte, habillement, vêtements, travail, propreté) ; *l'hygiène de l'accouchement* (propreté de la case, du lit, propreté et préparation de la paternité, les objets nécessaires à l'accoucheuse (leur propreté, conduite à tenir en cas d'accouchement difficile) ; *le soins à donner aux nouveau-nés* (section du cordon, soins à donner à l'ombilic, pansements consécutifs de la plaie ombilicale, soins à donner aux yeux, toilette de l'enfant, habillage de l'enfant, conduite à tenir en cas d'asphyxie de l'enfant) ; *le soins à donner aux accoucheuses* (la délivrance, la propreté de l'accouchée, le repos après l'accouchement, l'alimentation). Les infirmières-visiteuses apprenaient aussi *l'hygiène de la nourrice* (alimentation, boissons, interdictions alimentaires, travail, soins à donner aux seins, les crevasses, influence des maladies et des médicaments sur la sécrétion lactée) ; *l'hygiène de l'enfant* (le couchage de l'enfant, l'utilité du berceau, protection contre le froid, la moustiquaire, propreté et bains, habillement, conduite à tenir 4 ou 5 mois). Elles suivaient aussi des cours portant sur *l'alimentation du nourrisson* (l'allaitement maternelle : le nombre de tétées, la durée des tétées, la quantité de lait à donner, le poids de l'enfant dans la surveillance de l'alimentation, l'alimentation de l'enfant jusqu'au douzième mois) ; *le sevrage* (l'alimentation de l'enfant à partir du douzième mois, le remplacement progressif du lait par les farines, les bouillies, préparation des bouillies, manière de les donner, recherche de l'utilisation des produits du pays dans l'alimentation des enfants, l'alimentation à partir du quinzième mois, à partir de deux ans, dangers d'une alimentation adulte trop rapide)²⁰⁹.

En outre, les infirmières-visiteuses apprenaient des notions de la prophylaxie des maladies

²⁰⁷ANS, 1H24 (26), *op. cit.*, annexe.

²⁰⁸*Ibidem.*, *Idem*, pp. 14-16.

²⁰⁹ANS, 1H31 (26), Programmes de l'enseignement à donner aux infirmiers sanitaires, aux infirmières-visiteuses et aux matrones traditionnelles, pp. 7-8.

de la grossesse et de l'enfance, comment combattre leurs effets (syphilis, tuberculose, albuminurie, paludisme) ; la morbidité et la mortalité infantile (leurs causes : à la naissance (hémorragies ombilicales, tétanos ombilical) ; leurs causes au delà de la première année (affections gastro-intestinales, affections pulmonaires, paludisme) ; les maladies du nourrisson et de l'enfant (affections gastro-intestinales : leurs causes, leurs symptômes, traitement et prophylaxie ; maladies des voies respiratoires : causes, symptômes, prophylaxie ; paludisme : symptômes, prophylaxie, la quinine préventive, les doses à donner chez l'enfant ; syphilis : elle était héréditaire, les légions hérédosyphilitiques du nourrisson, leur prophylaxie ; ophtalmie purulente (ses causes, sa prophylaxie, son traitement)²¹⁰.

À la fermeture en 1953, en 32 promotions, l'École de Médecine avait formé 582 médecins, 87 pharmaciens et 447 sages-femmes. À partir des années 1950, elle relevait de l'Université et de l'Éducation Nationale Française²¹¹. L'EAMP de Dakar formait des médecins et des pharmaciens africains ainsi que des sages-femmes africaines, tous non diplômés d'État. Le recrutement était arrêté en ce qui concernait médecins et pharmaciens. La dernière promotion de pharmaciens était sortie en juillet 1952. Pour les médecins, les derniers avaient terminé leurs études en juillet 1953. Seule se poursuivait la formation des sages-femmes²¹².

FIGURE 2 : École de médecine de Dakar



Source : <http://www.asnom.org/> article sur le Corps de Santé Colonial, consulté le 27 octobre 2010.

²¹⁰ANS, 1H31 (26), *op. cit.*, p. 9.

²¹¹<http://www.asnom.org/>, *op. cit.*

²¹²ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, p. 12.

B- Les écoles du service de santé

Les écoles du service de santé étaient destinées à former des « infirmiers de soins », des « infirmières sociales » et des « infirmiers d'assainissement » sur les notions de médecine tropicale afin d'aider le personnel sanitaire européen dans la lutte contre les fléaux qui freinaient la régénérescence de la « race ». Il n'existait à proprement parler d'écoles du service de santé. L'hôpital du chef-lieu de la colonie était le centre d'instruction de ce personnel. Contrairement aux autres colonies de la fédération, au Sénégal, il existait deux centres d'études : l'HCI de Dakar et l'Hôpital Colonial de Saint-Louis. Les infirmiers et infirmières sanitaires du cadre local de l'AMI du Sénégal étaient recrutés par voies de deux concours suivant les modalités fixées par l'arrêté n° 1520 du 13 mai 1939, l'un au titre de la circonscription de Dakar et Dépendances, l'autre pour le Sénégal. Les élèves reçus à Dakar accomplissaient leur stage à l'HCA, ceux du Sénégal faisaient leur stage à l'Hôpital de Saint-Louis. Les candidats admis recevaient le titre d'élèves infirmiers et d'élèves infirmières. Ils étaient placés en stage d'instruction technique aux hôpitaux pendant une durée d'un an où leur était donné un enseignement technique et pratique²¹³. À la fin du stage, les élèves infirmiers étaient soumis à un examen théorique et pratique, portant sur le programme enseigné et qui donnait droit au diplôme d'infirmier. Les élèves reçus étaient nommés infirmiers stagiaires et servaient dans les formations sanitaires de la colonie. Ils n'étaient définitivement admis dans le cadre en qualité d'infirmiers qu'au bout d'un an de service.

En outre, c'est par arrêté local du 11 mars 1944 que les infirmiers d'assainissement étaient intégrés dans le cadre des infirmiers du Sénégal²¹⁴. Durant leur stage, les élèves apprenaient les notions d'hygiène pratique qui comprenaient : l'hygiène individuelle (propreté du corps), l'hygiène de l'habitation, l'hygiène du village, la nourriture, l'eau potable, les notions pratiques de désinfection²¹⁵. En dehors des notions d'hygiène pratique, ils étudiaient aussi des notions sur la prophylaxie des maladies contagieuses qui comprenaient : les notions sommaires sur les microbes et la transmission des maladies, les notions générales sur le paludisme, la fièvre jaune, les moustiques, les notions générales sur la peste, le rôle des rats, les puces, les punaises, les notions générale sur la fièvre récurrente et le rôle du pou, la variole (la vaccination), la rage, les affections gastro-intestinales, les affections pulmonaires²¹⁶. Il est important de souligner qu'ils partageaient le programme du dépistage, de la surveillance des maladies sociales et des renseignements démographiques avec les infirmières-visiteuses. Les principales maladies sociales qui frappaient les populations, leurs dangers pour l'avenir de la « race », telles que la tuberculose, la syphilis, la lèpre,

²¹³ANS, 2G40-19, *op. cit.*, pp. 37-38.

²¹⁴ANS, 2G46-11 (2), *op. cit.*, p. 20.

²¹⁵ANS, 1H31 (26), *op. cit.*, pp. 3-5.

²¹⁶*Ibidem.*, *Idem.*, pp. 6-7.

etc.²¹⁷.

Par ailleurs, l'école des infirmiers du SGHMP (école Jamot) fonctionnait à Bobo-Dioulasso. Elle était chargée de recruter dans toute la fédération et former les infirmiers nécessaires au SGHMP. Seuls les titulaires du CEPE étaient admis sur concours. La durée des études était d'un an. Le régime était internat. En plus d'une instruction générale et technique analogue à celle des autres infirmiers, la formation de l'école Jamot était particulièrement orientée, surtout en ce qui concernait le côté pratique, vers leur tâche quotidienne à leur sortie, c'est-à-dire le dépistage, le traitement et la prophylaxie des affections épidémiques, endémiques et endémo-épidémiques (trypanosomiase, lèpre, paludisme, méningite cérébrospinale, onchocercose, etc. contre lesquels luttait le SGHMP²¹⁸.

En somme, le corps de santé colonial, dans son souci de protéger l'état sanitaire des populations avait fixé dans ses priorités la formation sur place de collaborateurs autochtones dans les écoles de formation sanitaire. Au début, on formait « sur le tas » des manœuvres chargés de faire les pansements notamment sur les plaies infectées et les fréquents ulcères de jambe. La scolarisation se développait et les niveaux d'instruction s'élevaient, on formait, par des stages des infirmiers et infirmières, des agents d'hygiène, des matrones, etc., dans les écoles du service de santé. Venaient ensuite l'école de médecine de Dakar. À partir des années 1950, ces écoles se transformaient en des écoles d'État.

²¹⁷ANS, 1H31 (26), *op. cit.*, p. 10.

²¹⁸ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, p. 13.

CHAPITRE IV : LES NOUVELLES ÉCOLES

Dans le domaine de la formation du personnel sanitaire africain, de nouvelles perspectives s'ouvrirent à partir des années 1950. Les progrès réalisés dans l'évolution intellectuelle des Africains, et également dans celle de l'enseignement supérieur et technique avaient permis la création d'une école de médecine préparatoire au doctorat, d'une école d'infirmiers et infirmières d'État et d'une école de sages-femmes d'État donnant désormais aux Africains la possibilité entière d'accéder à tous les échelons de la hiérarchie médicale.

A- L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dakar

L'Institut des Hautes Études de Dakar (IHED) était créé par le décret n° 50414 du 6 avril 1950 rattaché aux universités de Paris et de Bordeaux²¹⁹. Cet institut comprenait quatre sections d'enseignement supérieur dont l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dakar. Les autres sections préparaient en droit, sciences et lettres. En effet, l'école préparatoire de médecine et de pharmacie préparant le diplôme d'État était ouverte à Dakar pendant l'année académique 1950-1951 et dépendait de la direction générale de l'enseignement. Les conditions d'entrée et les programmes étaient les mêmes que dans la métropole²²⁰. L'enseignement médical ambitionnait alors de former des médecins capables de tenir un dispensaire de brousse, de servir d'assistant dans une formation hospitalière ou dans un service médical spécialisé. L'instruction mettait l'accent sur la clinique médicale, la clinique chirurgicale, l'anatomie, la biochimie médicale, l'histologie et l'embryologie, la physiologie et la physique médicale. Il est important de souligner que certains du corps professoral de cette école concouraient aussi au service médical de l'hôpital Aristide le Dantec et de l'hôpital Principal. À titre d'exemple, il y avait J. Sénécal, M. Payet, P. Pène, M. Sohier, M. Neuzil, etc.²²¹.

Après avoir accompli sur place les trois premières années, les étudiants terminaient leurs études en France jusqu'à l'obtention du diplôme d'État de Doctorat en médecine²²². Certains étudiants suivaient les deux premières années de préparation du doctorat de médecine, diplôme métropolitain. D'ailleurs, ce fut le cas de notre interlocuteur, Ahmadou Moustapha Sow, devenu docteur en 1966 et plus tard professeur de médecine²²³. L'année 1957 était marquée par l'ouverture de la faculté de médecine²²⁴.

²¹⁹J.-R. de Benoist, *L'Afrique Occidentale Française de la Conférence de Brazzaville (1944) à l'indépendance (1960)*, Dakar, Les Nouvelles Éditions Africaines, 1982, pp. 146-148.

²²⁰ANS, 1H49 (163), *op. cit.*

²²¹Cf. JOAOF, Décision 792E du 24 janvier 1957 portant désignation des chargés de cours des matières figurant au programme du doctorat de médecine (1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années), p. 304.

²²²ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, p. 12.

²²³Entretien avec Ahmadou Moustapha Sow, (80 ans), rencontré à Dieuppeul (à la Polyclinique Elhadji Malick Sy), Professeur de médecine à la retraite, le 6 juin 2011.

²²⁴L. Badiane, *op. cit.*, p. 45.

B- De l'école des sages-femmes africaines à l'école de sages-femmes d'État de Dakar

Pendant les années 1950, l'école de sages-femmes avait changé deux fois de nom : de l'école des sages-femmes africaines à l'école de sages-femmes d'État de Dakar.

L'année 1953 était la date de la sortie des dernières promotions de médecins et de pharmaciens de l'École de Médecine et de Pharmacie de Dakar. Cette école disparaissait pour céder la place à l'école des sages-femmes africaines qui ne s'occupait que de la formation de ces dernières²²⁵. Son fonctionnement était réglementé par l'arrêté n° 6613/SP-AD du 5 septembre 1953 du Gouverneur général de l'AOF. La durée des études des sages-femmes africaines était fixée à trois ans. Les élèves qui satisfaisaient à l'examen de sortie recevaient le diplôme de sage-femme africaine qui entraînait pour ses détenteurs l'obligation de servir pendant une période de dix ans au moins dans les cadres administratifs du personnel du service de santé de l'AOF, de l'AEF, du Cameroun et du Togo, en n'importe quel point de ces territoires. À l'expiration de cette période de dix ans, les intéressées pouvaient sur leur demande, être autorisées à exercer le métier de sage-femme.

Les élèves sages-femmes étaient recrutées en concours. Ce concours était ouvert dans les chefs-lieux des territoires ou groupes de territoires. Les deux élèves classées premières à l'examen de passage de la deuxième année étaient nommées monitrices d'accouchement. Cette fonction de monitrice ouvrait le droit à une allocation spéciale dont le taux était fixé par le Haut-Commissaire en AOF sur proposition de la commission administrative²²⁶. En fin de scolarité, les élèves étaient soumises à un examen général dit examen de fin d'études comportant des épreuves théoriques et des études cliniques. Le régime de l'école était internat. Bref, l'école des sages-femmes africaines était destinée, en l'occurrence, à faire baisser le « taux si élevé de la mortalité infantile »²²⁷. L'école des sages-femmes d'État était appelée à remplacer l'école des sages-femmes africaines de Dakar qui ne délivrait qu'un diplôme valable seulement dans les territoires français d'Afrique noire.

L'année 1956 était marquée par la création de l'école de sages-femmes d'État qui était ouverte au mois d'octobre. Cette école était placée sous la surveillance du Conseil au Service des Grandes Endémies en AOF, assisté d'un représentant de l'académie de l'AOF. Elle était dirigée par un docteur en médecine, gynécologue, obstétricien qualifié par arrêté du Haut-Commissaire sur proposition des autorités et après agrément du conseil national de perfectionnement des écoles de sages-femmes d'État. L'école comportait un internat permettant l'admission de 30 élèves²²⁸. L'entrée à l'école s'effectuait à la suite d'un concours annuel dont les modalités étaient les mêmes que celles qui intervenaient dans les écoles similaires de la métropole et des autres Territoires d'Outre-Mer

²²⁵N. Guèye, *op. cit.*, p. 37.

²²⁶ANS, 2H82 (26), Arrêté réglant le fonctionnement de l'École des Sages-femmes Africaines, p. 4-6.

²²⁷B. Niang, *op. cit.*, p. 146.

²²⁸ANS, 2G56-9, Rapport sur la situation sanitaire en AOF – Année 1956, p. 58.

(TOM), le brevet élémentaire était au préalable exigé. Le diplôme était livré après trois années d'étude et donnait l'autorisation d'exercer sur le territoire métropolitain et sur tous les TOM. Les élèves effectuaient les stages cliniques, hospitaliers et des travaux pratiques dans les différents services de l'Hôpital Aristide Le Dantec, y compris à la maternité²²⁹.

C- L'école d'infirmiers et infirmières d'État de Dakar

L'école d'infirmiers et infirmières d'État de Dakar était créée par l'arrêté du Gouverneur général Boisson n° 529/SP-CP du 26 janvier 1951. Elle était destinée à recevoir et à former les personnes qui concouraient pour l'obtention d'un diplôme d'État d'infirmière et d'infirmier hospitalier dans les conditions que les établissements similaires de la métropole. Elle était un établissement public dont le fonctionnement était assuré au moyen des crédits du budget général de l'AOF²³⁰. Elle fonctionnait dans les locaux de l'École Africaine de Médecine et de Pharmacie de Dakar. L'enseignement réglementaire était délivré à la rentrée scolaire 1950-1951. Les candidats étaient admis après examen d'entrée, qui était très sélectif. Ils venaient de l'AOF, de la France, du Madagascar et du Gabon parce que le règlement n° 4937 SP annexé à l'arrêté n° 529/SP-CP du 26 janvier 1951 était changé ; au lieu de « nationalité française », il fallait tout simplement être citoyen de l'Union française qui comprenait la France, l'AOF, l'AEF et d'autres territoires français d'outre-mer²³¹. Les élèves pouvaient être internes ou externes. Un certain nombre d'entre eux avaient leurs frais d'études et d'entretien assurés par le Gouvernement général de l'AOF. En contre partie, ils étaient tenus à leur sortie de l'école de servir pendant cinq ans au moins dans un des cadres de la santé publique²³².

L'admission à l'examen d'entrée était valable pendant une période de deux ans. Les personnels titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire, du brevet supérieur de l'enseignement primaire, du diplôme de fin d'études secondaires, ou du diplôme complémentaire d'études secondaires de jeunes filles étaient dispensés des épreuves de l'examen d'entrée. Mais, si le nombre des candidats sur titre dépassait le nombre de places disponibles, ces candidats subissaient l'examen d'entrée²³³. Trois filières étaient ouvertes. A côté des « infirmiers de soins » où les pratiques diagnostiques et thérapeutiques étaient codifiées par des fiches techniques, il existait une filière « infirmières sociales » et une filière « infirmiers d'assainissement ». Les infirmières sociales travaillaient avec les sages-femmes dans le cadre de la PMI, les infirmiers d'assainissement avaient

²²⁹ANS, 2G56-9, *op. cit.*, p.58.

²³⁰Cf. JOAOF, 1951, p. 158.

²³¹E. M. M'Baye, *op. cit.*, p. 60.

²³²ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, pp. 12-13.

²³³ANS, 2H82 (26), Arrêté n° 1712 SP-CP du 11 mars 1952, du Gouverneur général, pp. 1-3.

des préoccupations tournées vers l'hygiène des collectivités²³⁴.

Les élèves engagés étaient obligatoirement internes et de ce fait étaient logés et nourris. Les fonctionnaires et les élèves libres pouvaient être internes dans la limite des places disponibles. Les moniteurs et monitrices titulaires du diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière ou d'assistant ou d'assistante sociale étaient recrutés et nommés par le Haut-Commissaire en AOF sur proposition du Directeur général de la santé publique, après agrément de leur candidature par la commission administrative.

Le premier mois d'études était le mois de probation. Les élèves suivaient à l'école les cours théoriques et pratiques qui leur étaient donnés par les professeurs et les moniteurs. Après ce mois de probation, ils suivaient tous les matins de la semaine (de 8 heures et demi à midi) des stages pratiques à l'Hôpital Aristide Le Dantec. Tous les après midi, sauf le jeudi (de 15 heures à 18 heures) cours à l'école. Les élèves pouvaient être appelés à participer aux gardes de jour et de nuit des services hospitaliers. Les effets de travail étaient fournis gratuitement à tous les élèves par le soin des écoles. Leur port était obligatoire pendant les heures de service²³⁵. La durée de l'enseignement à l'école était fixée à deux ans. Les conditions d'admission et les programmes d'études étaient ceux en vigueur en métropole, tels étaient fixés par le ministère de la santé publique et de la population. Le directeur de l'École et le médecin-chef de l'Hôpital Aristide Le Dantec, les professeurs, moniteurs et monitrices étaient choisis par la commission administrative après avis du conseil technique, parmi les titulaires du diplôme d'État de Docteur en médecine, d'infirmière ou d'infirmier hospitalier, d'assistante ou d'assistant du service social en service dans les formations sanitaires de la santé publique à Dakar²³⁶.

En fin de scolarité, les élèves étaient soumis à un examen général théorique et pratique en vue de la délivrance du Diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière hospitaliers. L'organisation de l'examen de sortie était effectuée à la diligence du directeur de l'école. Il était délivré un certificat provisoire aux élèves qui avaient subi avec succès l'examen de fin d'études du Brevet de l'école d'infirmiers et d'infirmière d'État de Dakar²³⁷.

En réalité, cette école était ouverte par la France pour faire face au manque en infirmiers diplômés d'état de la métropole et aussi pour permettre aux « Français de la France », installés en AOF de bénéficier de la formation d'infirmier d'État.

²³⁴<http://www.asnom.org>, *op. cit.*

²³⁵ANS, 2H82 (26), *op. cit.*, pp. 10-11.

²³⁶*Ibidem.*

²³⁷ANS, 2H82 (26), Lettre n° 8979-DSS/2, du 29 octobre 1953, du Secrétaire d'état à la FOM à Monsieur le Haut-Commissaire de la république Gouverneur Général de l'AOF Dakar, pp. 2-3.

En conclusion, nous pouvons dire que la formation du personnel sanitaire africain avait connu une véritable révolution à partir des années 1950 avec l'ouverture de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dakar en 1950-1951, l'école d'infirmiers et infirmières d'État en 1951, l'école des sages-femmes africaines en 1953 devenue l'école des sages-femmes d'État en 1956. Désormais, les élèves obtenaient des diplômes d'État sur place. Le fait marquant restait cette grande option de formation du personnel sanitaire africain qui au bout du compte donnait des résultats significatifs sur toute la fédération.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**TROISIÈME PARTIE :
ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE
ET HYGIÈNE PUBLIQUES**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

La politique de santé était un des éléments essentiels de la politique coloniale. Le Sénégal était un pays à faible taux de densité de la population. Il ne pouvait y avoir de mise en valeur réelle sans la mise en place d'une main-d'œuvre abondante. Il y avait donc un intérêt absolu à augmenter la population autochtone²³⁸. L'assistance médicale indigène avait une œuvre capitale à accomplir. Elle avait pour rôle, d'une part, de combattre la mortalité infantile en diffusant les connaissances élémentaires indispensables, touchant les conditions de l'accouchement et les soins à donner aux nouveau-nés ; d'autre part, de combattre la mortalité frappant indirectement enfants, adultes et vieillards du fait d'épidémies et de maladies endémiques contre lesquelles il faut efficacement lutter²³⁹. De part son organisation orientée vers une action médico-sociale, le service de santé avait apporté l'assistance médicale gratuite aux populations d'AOF en général, et à celles de la colonie du Sénégal en particulier. En outre, il dirigeait ses efforts vers une action sociale par l'hygiène, la médecine préventive, par l'organisation d'une médecine de masse et la mise en œuvre de méthodes prophylactiques seules capables de lutter avec efficacité contre les grandes endémies tropicales. Les services d'assistance médicale, base de toute action sanitaire dans la colonie du Sénégal, étaient les précurseurs dans l'organisation d'une médecine sociale dont la métropole n'avait tracé les grandes lignes que depuis la Seconde Guerre mondiale²⁴⁰.

L'organisation de l'hygiène et de la santé publiques avait représenté la première modalité d'intervention étatique dans le domaine social. Cette intervention s'était déployée dans deux directions. La première avait consisté à organiser la protection sanitaire extérieure. L'instruction du conseil sanitaire, organisant la police sanitaire aux frontières, destinée à protéger le territoire de la colonie du Sénégal contre les contaminations de l'extérieur. Ce contrôle sanitaire était assuré d'une manière permanente par les services médicaux du port de Dakar et des aérodromes et lorsque la situation épidémiologique l'exigeait, on procédait à l'installation de postes de contrôle aux frontières terrestres²⁴¹, à la mise sur pieds des mesures draconiennes de réglementation de la circulation des personnes. La seconde était orientée vers l'organisation de la protection intérieure du corps social. Le premier axe d'intervention, l'organisation de la profession médicale et le développement des campagnes de vaccination avaient contribué à la normalisation de la pratique médicale et à l'extension de ses normes.

Dans cette dernière partie de notre travail, nous allons aborder successivement la Protection Maternelle et Infantile (PMI), la lutte contre les maladies dominantes, la police sanitaire aux frontières et l'hygiène des collectivités.

²³⁸Voir Annexe 2, p. 146.

²³⁹A. Sarraut, *op. cit.*, pp. 394-395.

²⁴⁰ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, p. 19.

²⁴¹*Idem.*, p. 13.

CHAPITRE I : LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)

La politique de mise en valeur ne pouvait se réaliser sans l'existence d'une main-d'œuvre importante. Or, l'accroissement de la population africaine était enrayé par la mortalité infantile. Par suite du constat de l'insuffisance de la population, il était jugé impérieux d'instaurer une politique de préservation de la population et de la natalité. Ainsi, l'administration coloniale accordait une grande attention à la protection des mères et des enfants. Elle reposait sur la formation et la participation de collaboratrices autochtones, en premier lieu des sages-femmes, des infirmières-visiteuses, mais aussi les assistantes sociales qui, allant à domicile au devant des femmes enceintes, assuraient le lien avec les structures de santé. En outre, surtout en milieu rural, les accoucheuses traditionnelles ou matrones recevaient une formation et étaient soumises à des contrôles. Un service de protection de la maternité de l'enfance indigène s'individualisait. La démographie devenait la base du travail des spécialistes de santé. La Protection Maternelle et Infantile (PMI) était réalisée au moyen des consultations prénatales, des accouchements dans les formations sanitaires, des consultations postnatales et des consultations aux nourrissons de 0 à 2 ans et aux enfants de 2 à 5 ans, étaient intensifiées au maximum avec des résultats très encourageants²⁴².

Les services de PMI avaient subi depuis 1955 (début 1956) un très grand essor, surtout avec l'application en AOF de la loi sur les Allocations Familiales. Cette loi qui prévoyait une indemnité pour la grossesse, l'accouchement et les enfants, imposait aux bénéficiaires (la femme enceinte et l'enfant jusqu'à l'âge scolaire) de se plier à un certain nombre de visites médicales obligatoires²⁴³. Ceci impliquait le développement de services de médecine préventive et s'était traduit à Dakar par la création d'un centre de PMI groupant des consultations prénatales, de nourrissons, d'enfants d'âge préscolaire, services de vaccinations, y compris BCG, service nutrition, service médico-social, contre l'éducation des mères²⁴⁴. La protection des mères et la protection des enfants enregistraient des progrès importants. Le programme élargi de vaccinations initié par l'OMS renforçait ces résultats.

Dans ce chapitre, nous allons traiter d'abord la protection prénatale, aborder ensuite la protection périnatale et parler enfin la protection postnatale.

A- La protection prénatale

La période prénatale s'étendait sur les sept premiers mois de la grossesse, sept mois au cours desquels la femme enceinte était soumise à un certain nombre de risques pour elle comme pour son

²⁴²ANS, 2G36-22, Rapport médical annuel, 1936, p. 191.

²⁴³ANS, 103 (163), PMI et Allocations familiales, note n° 394 du 27 décembre 1955 du Professeur Jean Sénécal.

²⁴⁴ANS, 2G56-9, *op. cit.*, p. 53.

enfant. C'est pourquoi dès que la grossesse était supposée, la femme se présentait à un centre de PMI où elle était prise en compte et convoquée pour des visites régulières au cours de sa grossesse. Plus souvent dans le cas contraire, ces visites avaient pour but de faciliter l'heureux déroulement de la grossesse et l'accouchement d'un enfant sain dans de meilleures conditions. Chaque femme enceinte prise en compte dans un centre de PMI était dotée d'une fiche ou d'un carnet sur lequel tous les renseignements étaient soigneusement notés à chaque consultation. La surveillance à exercer sur la future mère découlait des risques signalés. L'examen portait sur le cœur, les urines (sucre et albumine), la tension artérielle, sur la recherche de la syphilis, et la surveillance s'exerçait surtout sur les hémorragies, sur l'alimentation, sur les activités physiques, ainsi que sur la vaccination antitétanique qui devait être effectuée aux alentours du sixième mois pour mettre le nouveau-né à l'abri du tétanos ombilical²⁴⁵.

Au Sénégal colonial, les consultations prénatales étaient gratuites. Elles étaient données aux femmes enceintes dans toutes les formations sanitaires. Elles avaient eu lieu, en principe, à des jours et heures fixés en dehors de la consultation générale. Les femmes enceintes suivaient régulièrement les consultations comme en atteste ce tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Le rendement de consultations prénatales de 1938 à 1950

Années	Consultantes	Consultations
1938	6.475	23.161
1939	9.168	32.935
1940	12.279	45.705
1941	15.414	52.499
1942	12.239	22.712
1943	24.861	114.413
1944	23.520	76.038
1945	22.395	80.006
1946	32.164	152.301
1947	52.596	183.591
1948	32.156	132.138
1949	29.452	165.576
1950	30.346	146.569

Source : ANS, 2G38-20 (2) à 2G50-15 (2), Rapports annuels.

²⁴⁵R. Labusquière, *Santé rurale et médecine préventive en Afrique. Stratégie à opposer aux principales affections*, Bar-le-Duc (Meuse), Presses de l'imprimerie Saint-Paul, 1974, pp. 366-367.

Comme le montre ce tableau, le nombre de consultations prénatales était en progression constante. Ce qui témoigne que les femmes enceintes suivaient régulièrement les consultations prénatales.

B- La protection périnatale

D'après l'OMS la période périnatale démarre le 154^{ème} jour de la gestation et se termine le septième jour après la naissance. Ceci ne doit pas être confondu avec la période néonatale correspondant aux premiers jours de la vie juste après lesquels le nouveau-né devient un nourrisson et ceci jusqu'à la fin de la deuxième année²⁴⁶. En effet, une des fonctions essentielles de la PMI était d'assurer la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Dès 1940, le Gouverneur général de l'AOF, dans sa circulaire n° 762 S.S.M. affirmait que les taux de stérilité étaient faibles puisqu'ils ne dépassaient pas habituellement 1 à 2%, et que la fécondité brute atteignait généralement la moyenne très favorable de plus de cinq grossesses par femme non stérile, l'avortement pathologique, la mortinatalité et la mortalité infantile entraînaient un déchet considérable. Environ 15 à 20% des grossesses n'aboutissaient pas à des naissances vivantes et près de la moitié des enfants nés vivants disparaissaient avant l'âge de quinze ans²⁴⁷.

Les maternités accusaient un succès croissant. Selon le médecin-colonel R. Coleno, directeur de la santé publique du Sénégal et de la Mauritanie, il existait, en 1955, 35 maternités au Sénégal (Dakar exclus), comportant 522 lits, dont 14.745 accouchements d'autochtones étaient effectués²⁴⁸. Dans son rapport n° 394 du 27 décembre 1955 adressé au directeur de la santé publique, Jean Sénécal, le chargé de la PMI de Dakar, notait qu'il y avait 16.000 accouchements par an à Dakar²⁴⁹. Les accouchements étaient pratiqués dans les maternités et à domicile.

L'effort toujours constant pour la protection de la mère et de l'enfant indigène avait grandement bénéficié en 1942 de l'institution de la carte de grossesse. Dans sa circulaire n° 264/A.E. du 6 août 1942, le Gouverneur général avait décidé de faire bénéficier les femmes enceintes indigènes d'une ration supplémentaire journalière de céréales de 400 grammes base mil et d'un supplément de tissu²⁵⁰, des subventions étaient accordées à celles qui accouchaient.

Le nombre d'accouchements effectués par les sages-femmes dans les maternités, ou contrôlés par elles à domicile, augmentait régulièrement comme l'atteste le tableau ci-dessous :

²⁴⁶<http://www.google.com/www.vulgaris-medical.com>, consulté le 20 décembre 2010.

²⁴⁷Cf. JOS, 1940, *op. cit.*, p. 368.

²⁴⁸ANS, 1H103 (163), Plan succinct d'extension PMI et Maternités en milieu rural jusqu'à 1960.

²⁴⁹ANS, 1H103 (163), PMI : organisation et fonctionnement 1954-1958.

²⁵⁰ANS, 2G42-18 (2), Rapport annuel, p. 165.

Tableau 8 : Le nombre d'accouchement au Sénégal de 1938 à 1954

Années	Accouchements		Total
	dans les maternités	à domicile	
1938	1.966	976	2.942
1939	2.015	935	2.950
1940	2.807	1.029	3.856
1941	3.611	1.149	4.760
1942	4.030	1.583	5.613
1943	5.965	2.304	8.269
1944	6.598	1.530	8.128
1945	7.247	1.211	8.458
1946	10.804	5.149	15.953
1947	10.462	5.402	15.864
1948	11.250	4.942	16.192
1949	10.995	5.862	16.857
1950	16.011	5.415	21.426
1951	10.676	4.131	14.807
1952	17.497	2.493	14.807
1953	13.255	7.619	20.874
1954	13.872	3.262	17.134

Source : ANS, 2G38-20 (2) à 2G54-65 (2), Rapports annuels.

Comme en témoigne ce tableau, le nombre d'accouchements effectués par les sages-femmes et les matrones dans les maternités²⁵¹ ou contrôlés à domicile augmentait régulièrement. Ce qui était indispensable pour la politique de mise en valeur.

Un réel effort était noté pour améliorer le rendement des services de PMI avec l'augmentation du nombre de sages-femmes et d'infirmières-visiteuses et le perfectionnement de leurs qualités humaines et professionnelles ; la formation d'un plus grand nombre de matrones ; l'intensification de l'AMI en profondeur et en particulier l'accroissement du rendement des consultations de gynécologie ; l'éducation de la femme indigène et la lutte contre la négligence dont elle faisait preuve vis-à-vis de son enfant ; la lutte contre la croyance encore trop vivace dans les médications et remèdes « des marabouts »²⁵². L'augmentation de ce rendement revenait pour une part aux sages-femmes et aux matrones qui étaient éduquées dans les formations sanitaires.

²⁵¹Voir Annexe 5, p. 149.

²⁵²ANS, 2G40-19, *op. cit.*, p. 143.

Toutefois, il apparaît qu'un quart seulement des grossesses étaient contrôlées par le service de santé colonial. Jean Sénécal, dans son rapport sur l'organisation de la PMI en AOF, notait l'étroitesse des locaux et la pénurie de lits pour les accouchements. Les accouchées ne pouvant être hospitalisées au delà de ce laps de temps trop réduit²⁵³. En outre, selon notre interlocuteur Ahmédoune Fall : « *L'administration coloniale ne s'intéressait qu'aux grands bourgs ; à Sakal, il n'y avait aucune mesure sanitaire prise vis à vis de la femme enceinte. D'ailleurs, peu de femmes visitaient les services sanitaires. Elles préféraient accoucher chez elles. Il y avait des matrones qui n'étaient même pas formées mais qui pratiquaient les accouchements. Et cela occasionnait beaucoup de tétanos postnatals parce qu'elles coupaient le cordon ombilical avec le couteau*²⁵⁴ ». En outre d'après, Yally Bathily : « *Dans mon village, on a connu la médecine moderne après l'indépendance du Sénégal. Avant, c'étaient les vieilles dames qui avaient certaines connaissances. Elles avaient une certaine expérience, une connaissance de l'accouchement et de l'hygiène. Donc, elles donnaient des conseils aux femmes enceintes, de boire certaines décoctions ou des tisanes. L'enfant naissait toujours devant ces vieilles dames. Elles étaient meilleures que ces sages-femmes* »²⁵⁵.

C- La protection postnatale

La protection postnatale concerne la mère et son enfant. D'après Mamadou Diouf : « *Khombole avait joué un grand rôle dans ce sens. Une attention très particulière était attachée aux mères et aux enfants, pour la préservation du capital humain. Au niveau de Khombole, sous la conduite du professeur Lebray, patron de pédiatrie en France et de Madame Aubry, professeur à l'école de santé publique, on avait aménagé le Central International de l'Enfance qui était jumelé en quelque sorte avec le Centre International de l'Enfance à Longchamp en France* »²⁵⁶.

-La protection de la mère

La protection postnatale concernait surtout la mère, par les conseils nécessaires pour : les suites de l'accouchement et surtout la prévention des infections ; la prise de l'activité génitale ; les questions sociales (allocations, etc.) ; l'allaitement, qui sera préconisé, non pas systématiquement pour les avantages nutritionnels qu'il présentait, mais pour la plus grande facilité de mise en application et les moindres risques d'intoxication ou de troubles gastro-entériques, fréquents au cours de l'allaitement artificiel dans les conditions africaines habituelles²⁵⁷. En effet, l'organisation de la mise en valeur des colonies nécessitait de larges plans et de vastes desseins. Ainsi, Jean Martet notait :

²⁵³ANS, 1H103 (163), *op. cit.*, p. 3.

²⁵⁴Entretien avec Ahmédoune Fall, 67 ans (né en 1944) rencontré aux Parcelles Assainies (Dakar) le 06 mai 2011.

²⁵⁵Entretien avec Yally Bathily, 75 ans (née en 1936) rencontré à Aroundou (Bakel) le 28 juillet 2010.

²⁵⁶Entretien avec Mamadou Diouf, *op. cit.*

²⁵⁷R. Labusquière, *op. cit.*, p. 370.

« Une bonne colonie qui produira et durera est une colonie où le matériel humain est amené à son maximum de rendement physique et intellectuel. Le devoir de la puissance colonisatrice est le même, que l'on considère du point de vue de l'idéal ou du point de vue de l'intérêt. Il faut que l'indigène se porte bien, qu'il conserve sa santé et ses forces le plus longtemps possible, qu'il fonde une famille, que ses enfants vivent, se développent, voilà ce que l'idéal nous recommande, voilà ce que nous enseigne l'intérêt »²⁵⁸.

C'est dans ce cadre que dès 1939, les sages-femmes, les infirmières-visiteuses étaient multipliées dans les formations sanitaires. C'était une conséquence logique du développement de l'assistance médicale en profondeur, qui permettait aux mères du fond de la brousse de présenter leurs enfants aux consultations rurales hebdomadaires. Le dispositif en place se développait grâce au soutien financier apporté par les organismes nationaux et, après la Seconde Guerre mondiale, internationaux, en particulier le FIDES. De nouvelles maternités et des centres de PMI étaient construits, les anciens étaient rénovés.

Toutefois, les consultations étaient malheureusement surchargées (à Dakar), les centres de PMI n'étant pas nombreux pour couvrir tous les quartiers de la ville. Les locaux étaient insuffisants, il suffit de voir les longues queues d'attente ou la réunion en masse compacte dans la rue, pour s'en rendre compte²⁵⁹. Le décalage persistait entre la ville et le monde rural. En même temps que le suivi obstétrical, les consultations maternelles dépistaient les endémies. Les jeunes mères étaient particulièrement exposées à des complications infectieuses parmi lesquelles les infections puerpérales avaient une particulière gravité. Les mauvaises conditions d'asepsie favorisaient l'infection. Leur dépistage précoce et l'hospitalisation immédiate donnaient de bonnes chances de guérison sans séquelles.

Le nombre des consultations postnatales était en nette progression, comme en atteste le tableau ci-dessous :

²⁵⁸B. K. Alonou, *op. cit.*, pp. 166-168.

²⁵⁹L. F. M. Carloz, « *Géographie médicale du Sénégal* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle de Géographie], Université de Dakar, Année académique 1968-1969, p. 144.

Tableau 9 : Le nombre de consultations postnatales de 1938 à 1950

Années	Consultantes	Consultations
1938	10.453	32.693
1939	9.168	32.935
1940	8.369	36.800
1941	10.677	66.975
1942	9.404	33.629
1943	12.506	55.867
1944	11.689	49.255
1945	14.650	68.381
1946	29.183	128.842
1947	16.226	101.394
1948	21.213	96.035
1949	21.017	123.856
1950	153.339	328.688

Source : ANS, 2G38-20 (2) à 2G50-15 (2), Rapports annuels.

Comme le montre ce tableau, le nombre de consultations postnatales était en nette progression. Ce qui signifie que de nombreuses parturientes fréquentaient les formations sanitaires.

-La protection des nourrissons :

La première année constituait le cap le plus difficile à franchir, et l'on estimait à 200 ou 300 enfants, sur 1.000 enfants nés vivants, le nombre de ceux qui mouraient avant d'avoir terminé cette première étape. Les premiers jours et les premiers mois donnaient les taux de mortalité les plus élevés. Cette mortalité élevée était due à l'état de prématurité ou de débilité à la naissance, à la débilité acquise par suite d'une mauvaise nutrition, et aussi aux infections diverses.

L'importance de la mortalité infantile au cours de la première année et le nombre des risques encourus par l'enfant, justifiaient des consultations fréquentes et régulières dans les centres de PMI : chaque semaine au cours du premier mois ; chaque mois au cours des onze mois suivants ; chaque enfant était doté d'une fiche ou d'un carnet de santé sur lequel tous les renseignements étaient soigneusement notés à chaque consultation. Ces consultations comprenaient trois parties : une partie consacrée à l'interrogation de la mère et l'examen de routine de l'enfant ; une partie curative éventuelle ; une partie préventive, capitale²⁶⁰. Les mères appréciaient la facilité qui leur était offerte

²⁶⁰R. Labusquière, *op. cit.*, pp. 370-371.

de pouvoir faire suivre leurs nourrissons.

La pratique des vaccinations préventives était aussi du ressort de la PMI. Le BCG, pratiqué entre 0 et 2 ans, intéressait près de 50% des enfants. Les vaccinations antivariolique, antitétanique, antidiphthérique et contre la coqueluche touchaient un certain nombre d'enfants²⁶¹.

-La protection des enfants :

La PMI permettait, par la prévention et l'éducation, d'agir sur la mortalité infantile pour en réduire le taux dans des proportions telles que la croissance démographique puisse progresser. Privé des excellentes protéines et des vitamines du lait maternel, l'enfant sevré ne pouvait construire aucune immunité solide. Bergeret à Dakar, dès 1948, insistait sur l'intérêt de l'adjonction de lait au régime de l'enfant sevré pour compenser la carence protidique et les carences vitaminiques.

Plus tard, l'ORAN mettait au point des compléments alimentaires : farines de poisson, de soja, de tourteaux d'arachides, etc. dont les composants étaient disponibles sous les tropiques. Des tests d'acceptabilité étaient réalisés en milieu hospitalier et dans des villages expérimentaux de la région de Dakar. Ces études étaient à l'origine de programmes d'alimentation supplémentée par des aliments enrichis en produits locaux et des formules de sevrage étaient produites à l'échelle industrielle dans plusieurs pays par des agences des Nations Unies, et, en particulier, par l'UNICEF. Ces produits étaient distribués par les centres de PMI aux enfants des crèches, des jardins d'enfants, des écoles. Mais ils pouvaient aussi être consommés à domicile. L'éducation nutritionnelle des mères combattait une non-utilisation plus imputable aux interdits et erreurs alimentaires qu'à la pénurie de ces denrées. Des organisations privées participaient à ces campagnes. Ainsi, en 1953, la « Goutte de lait » de Dakar assurait la ration entière ou complémentaire de 250 enfants chaque jour.

Le péril infectieux se traduisait par les nombreuses infections digestives et respiratoires rencontrées. Il faut y ajouter les grandes endémies tropicales, les tréponématoses endémiques, la rougeole et surtout le paludisme. L'apparition de médicaments efficaces et surtout les vaccinations permettaient d'endiguer ces affections.

Dans les premiers jours de la vie, diminuant à partir du deuxième mois, la mortalité va connaître une période de recrudescence à partir d'un an, à la suite des risques accrus de malnutrition, de parasitoses ou de maladies infectieuses, le problème de la malnutrition étant au cours de la deuxième année dominée par le sevrage. À propos de la surveillance à exercer, les consultations continuaient à être mensuelles jusqu'à trois ans elles pouvaient être espacées de deux mois ensuite. Elles servaient à instruire la mère du problème absolument capital du sevrage déjà

²⁶¹L. F. M. Carloz, *op. cit.*, p. 145.

abordé depuis le sixième mois, à dépister les différentes affections éventuelles de l'enfant et à les traiter mais surtout à prévenir celles pouvant entraîner la mort, en multipliant les vaccinations si elles n'étaient pas faites, ou les compléter. Après l'âge de deux ans, tous les enfants devraient être immunisés contre la variole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite, la tuberculose et la fièvre jaune²⁶². Passé le cap des cinq ans, à l'âge scolaire, l'enfant échappait aux services de PMI pour être pris en charge par la médecine scolaire, ou de tous les services de santé en général²⁶³.

La protection de l'enfant avait connu un grand essor avec le programme du FISE qui avait comme but de faire face aux besoins immédiats des enfants, et d'améliorer l'état de santé des jeunes générations. Il fournissait assistance pour permettre d'entreprendre des programmes à long terme relatifs à la protection de l'enfant en général, et à l'hygiène de la maternité et de l'enfance en particulier. Cette assistance était faite en collaboration étroite avec d'autres organismes des Nations Unies, notamment la division des activités sociales de l'Organisation des Nations Unies (ONU), l'OMS, le FAO. Elle était constituée par des approvisionnements en matériel et en vivres²⁶⁴.

La loi des Allocations Familiales venait renforcer le programme du FISE. Selon le professeur Jean Sénécal :

« Le but des Allocations Familiales n'est pas de développer une natalité déjà élevée, mais bien de protéger l'enfant frappé jusqu'alors d'une mortalité de 150 à 300 pour mille (mortalité fœto-infantile) et de lui assurer un meilleur développement grâce à une surveillance médicale régulière. C'est au service de santé que vont incomber ces visites et en particulier au service chargé de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) »²⁶⁵.

Cependant, selon Marie Touré NGom, les allocations familiales n'étaient accordées qu'aux épouses des fonctionnaires qui faisaient l'objet de soins particuliers et de traitements financiers. Elles recevaient aussi des indemnités²⁶⁶. En outre, sur les 16.000 accouchements par an à Dakar, environ les 10.000 femmes étaient des femmes de salariés. En plus, chacune subissait trois examens, soit 30.000 visites pour 250 jours ouvrables, soit 120 visites par jour²⁶⁷.

Le nombre des consultants et consultations d'enfants de 0 à 2 ans et de 2 à 5 ans avait subi une

²⁶²R. Labusquière, *op. cit.*, pp. 373-374.

²⁶³Cf. *Infra.*, p. 125.

²⁶⁴ANS, 1H103 (163), Note au sujet du Fonds International de Secours à l'Enfance des Nations Unies.

²⁶⁵*Ibidem.*

²⁶⁶Entretien avec Madame Touré née Marie NGom, *op. cit.*

²⁶⁷ANS, 1H103 (163), *op. cit.*

augmentation, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : Le nombre de consultations des enfants de 0 à 2 ans et des enfants de 2 à 5 ans de 1938 à 1949

Années	Enfants de 0 à 2 ans		Enfants de 2 à 5 ans	
	Consultants	Consultations	Consultants	Consultations
1938	80.043	196.319	63.694	185.253
1939	67.160	204.794	68.252	180.906
1940	78.362	204.337	75.826	211.448
1941	78.172	189.988	86.078	217.172
1942	84.889	262.167	73.952	243.525
1943	79.572	236.536	90.823	245.360
1944	77.284	236.055	78.273	248.073
1945	72.537	277.440	71.760	205.153
1946	130.558	381.809	138.226	331.912
1947	141.641	546.448	144.838	390.863
1948	164.078	583.012	137.793	429.996
1949	160.619	397.769	155.961	321.178

Source : ANS, 2G38-20 (2) à 2G49-11 (2), Rapports annuels.

Vu les résultats de ces années, il ressort qu'un nombre toujours élevé de mère fréquentaient les formations sanitaires et aussi qu'elles venaient régulièrement, soit après leur accouchement, soit pour montrer leur enfant. Les consultations des nourrissons étaient très suivies et nombreuses étaient les femmes qui conduisaient leur nourrisson dans les centres de PMI. Le succès de cette consultation permettait d'éviter bien des incidents et de guérir les petits malaises des enfants. Grâce au dévouement et à l'activité de ces infirmières-visiteuses, les résultats étaient remarquables. Le nombre d'enfants présentés en consultations était en augmentation, indispensable à la mise en valeur.

Les efforts de développement des services de PMI étaient constants et soutenus. L'action de ces services était complétée par celle de l'ORANA. Cette action était au bénéfice quasi-total de la première enfance d'abord, de la seconde enfance et de l'adulte en second lieu.

Pour conclure, les activités préventives de santé maternelle et infantile avaient entraîné une baisse de la mortalité maternelle, périnatale et infanto-juvénile. Ceci, grâce au suivi des femmes en grossesse qui avait permis de prévenir toute complication qui risquait d'avoir des répercussions sur

l'accouchement et qui étaient à l'origine des décès en couche ou de la mise au monde d'enfants prématurés. De même, le suivi des enfants (dès avant leur naissance, jusqu'à ce qu'ils dépassassent l'âge critique de cinq ans, à partir duquel ils pouvaient prendre une nourriture sensiblement normale et mener une petite existence se rapprochant de celle de l'adulte)²⁶⁸ avait permis de donner des conseils aux mères sur l'hygiène alimentaire de l'enfant dont l'inobservance était à la base de nombreux décès de la petite enfance²⁶⁹. Le nombre des consultantes et le chiffre des consultations étaient, partout, en progression régulière et l'on assistait à une baisse importante de la mortalité maternelle et infantile.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

²⁶⁸L. Lapeyssonnie, *op. cit.*, p. 249.

²⁶⁹I. L. Diop, *op. cit.*, p. 279.

CHAPITRE II : LA LUTTE CONTRE LES MALADIES DOMINANTES

Les maladies dominantes²⁷⁰ étaient celles qui sollicitaient à tous instants le personnel de santé, celles dont les incidences sociales étaient considérables²⁷¹. En effet, le propre de la puissance coloniale était de protéger les hommes contre ces maladies. Pour justifier l'utilité et même la nécessité de la colonisation, la France prétendait se consacrer à l'amélioration physique et morale des races placées sous son autorité. Pour extraire les matières premières et s'occuper de la construction des routes, etc. la métropole avait besoin d'une main-d'œuvre abondante. La première condition de cette réussite indispensable était de disposer d'une population indigène non seulement saine, stable et paisible, mais qui s'accroissait en nombre²⁷². Toutefois, cette main-d'œuvre faisait défaut car les maladies dominantes faisaient des ravages au sein de cette population indigène. C'est dans ce cadre que la métropole mettait en place une politique sanitaire en vue de lutter contre les maladies avec des efforts concertés de la population autochtone pour que la mise en valeur ne fût jamais qu'un mot. Dans ce chapitre, nous allons parler la lutte contre les maladies pestilentielles, endémo-épidémiques, transmissibles et sociales²⁷³.

A- Les maladies pestilentielles

Les maladies pestilentielles étaient composées de la peste, de la fièvre jaune, de la variole, etc., vu l'importance de leur rayon ou l'intensité de leurs effets psychologiques sur la population, elles méritent à notre avis, un développement à part.

La peste

Pendant la période coloniale, aucune maladie plus que la peste n'avait frappé de terreur l'imagination humaine tant ses épidémies étaient dévastatrices. Elle était due au bacille de Yersin, déterminant chez l'homme trois aspects principaux : bubonique, septicémique, pulmonaire²⁷⁴. Au Sénégal, la peste s'était manifestée pour la première fois à Ziguinchor (Casamance) en 1912, sans que l'on puisse établir nettement l'origine de ce foyer endémique, peut être un contage provenant du Maroc où l'endémie pesteuse existait depuis 1909²⁷⁵.

La lutte prophylactique contre la peste au Sénégal était essentiellement la dératisation (destruction des rats, des puces et désinsectisation des insectes nuisibles et porteurs de germes) et la

²⁷⁰ Pour les images de quelques maladies dominantes et leurs traductions en langue Soninké, voir Annexe 9, p. 151 et Annexe 10, p. 152.

²⁷¹M. Payet, M. Sankalé, *Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes en Afrique noire*, Paris, Masson & Cie, 1968, p. VII.

²⁷²B. K. Alonou, *op. cit.*, pp. 166-168.

²⁷³Voir Annexe 7, p. 150.

²⁷⁴J. Chevalier, C. Blum et al., *Les cahiers de Médecine préventive et sociale*, Paris, Maloine S.A., 1983, pp. 77-78.

²⁷⁵ANS, 2G41-15 (2), *op. cit.*, p. 65.

vaccination.

Pour la dératisation, suivant la nature et la disposition des lieux à dératiser, les principaux moyens employés étaient : nasses pièges, SO² (appareils clayton, obus de SO² liquide ou sic du midi), chloropicrine, poudre DTT : insecticide de premier ordre qui était largement utilisé (poudrage ou pulvérisation). Chaque année, à l'époque favorable, un groupe mobile d'hygiène basé à Thiès parcourait la zone endémique sénégalaise. Il damait le sol des cases, ordonnait l'éloignement de nombreux greniers, détruisait les terriers rencontrés. En outre, il faisait démolir des haies et des clôtures, dressait des procès-verbaux. D'une manière générale, la lutte contre la peste était essentiellement et avant tout la lutte contre les taudis²⁷⁶.

Vis à vis de l'homme, des mesures de protection étaient prises contre le malade et ses contacts, contre les populations nomades. Enfin, était poursuivie par la vaccination antipesteuse, la campagne de protection individuelle. Dès la fin de l'année 1943, il avait été mis en usage pour la première fois en AOF un vaccin vivant, préparé par l'Institut Pasteur de Dakar à partir de souche malgache EV. Ainsi, à la suite de l'épidémie de la peste survenue dans le territoire de Dakar en 1944, l'arrêté général n° 426 SP du 7 février 1945 avait prescrit que la vaccination antipesteuse par virus-vaccin EV était obligatoire au cours des premiers mois de l'année 1945 pour toute la population civile de la circonscription de Dakar ; pour toute la population civile des régions du Sénégal touchées par la peste et appartenant aux cercles de Thiès, Louga et Diourbel. À cet effet, les dispensaires n° 1, n° 2, n° 3, l'IHS et le service d'hygiène fonctionnaient à Dakar et à la Médina comme centres de vaccination. En effet, il faut noter que jusqu'au 1^{er} juin 1945, plus d'un demi-million de vaccinations étaient effectuées au Sénégal et sur le territoire de la circonscription de Dakar (185.520 vaccinations au Sénégal et 318.277 vaccinations dans la circonscription de Dakar)²⁷⁷. L'éradication de la peste était due aux multiples vaccinations pratiquées dans la colonie.

La fièvre jaune

La fièvre jaune était due au virus amaril (amarillo qui veut dire jaune en espagnol). Elle était transmise par des moustiques du genre aèdes²⁷⁸. L'apparition de la fièvre jaune au Sénégal remontait au XIX^e siècle (entre 1859 et 1882). Elle avait fait des ravages à Saint-Louis, Gorée et Dakar. Au XX^e siècle, encore, avant l'élaboration du vaccin antiamaril par l'Institut Pasteur de Dakar en 1927, et sa mise au point définitive en 1938, cette maladie était un facteur de

²⁷⁶ANS, 1H70 (163), Quelques notes sur la Presqu'île du Cap-Vert (Aspects épidémiologiques, les problèmes de l'assainissement, projets du service de santé).

²⁷⁷ANS, 2G45-8 (2), *op. cit.*, p. 132.

²⁷⁸J. Chevalier, C. Blum et *al.*, *op. cit.*, p. 80.

dépeuplement de la « race »²⁷⁹. Elle était un fléau redoutable par son incidence meurtrière, tant pour la population européenne que pour la population autochtone.

Ainsi, l'administration coloniale, pour assurer une lutte efficace contre la maladie, avait opté pour deux solutions qu'étaient la lutte contre l'insecte vecteur et la vaccination. Cette dernière était considérée comme la plus importante des mesures préventives conduisant à une campagne de vaccination de masse²⁸⁰. En effet, dès 1938, l'Institut Pasteur de Dakar avait recherché si le virus antiamaril de souris, utilisé depuis 1934, par Laigret en injonctions sous-cutanées, serait absorbé par la peau, à la faveur de légères scarifications²⁸¹. Au cours des mêmes recherches, il était montré également qu'il était possible, en mélangeant le vaccin antiamaril au vaccin jennérien, de vacciner, en un seul temps, contre la fièvre jaune et la variole. Ainsi, une première application importante de ce nouveau procédé était expérimentée au Sénégal par des médecins de cet institut (M. Peltier, C. Durieux, H. Jonchère et E. Arquie) en 1939. En effet, près de 100.000 indigènes étaient rassemblés sur les bords du fleuve Sénégal (Saint-Louis, cercle de Podor et Matam) et au Sud de la colonie dans la zone endémique du Sine-Saloum (cercles de Kaolack et subdivision de M'Bour). Les opérations s'étaient déroulées au cours de trois périodes : du 4 au 20 mai 1939 sur le fleuve ; du 9 au 24 juin 1939 dans le cercle de Kaolack ; du 17 au 19 juillet 1939 dans la subdivision de M'Bour sur les sujets indigènes du Sénégal. Le total des vaccinations mixtes par scarification pratiqué par le personnel de l'Institut Pasteur de Dakar, au cours de cette campagne, s'élevait à 97.532²⁸².

En outre, d'après l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux de l'AOF, Ricou, 280.183 vaccinations antiamariles avaient lieu au Sénégal (excepté Dakar) de 1939 à 1941²⁸³. Et pour le territoire de la circonscription de Dakar, avait eu lieu 2.760 vaccinations en 1939, 4.254 vaccinations en 1940, 9.454 vaccinations en 1941, 93.932 vaccinations en 1942, 71.146 vaccinations en 1943, 35.072 vaccinations en 1944 et 87.389 vaccinations en 1945 (pour une population de 160.000 habitants)²⁸⁴. Il faut noter que la vaccination antiamarile était devenue une pratique, courante et obligatoire en AOF. Tous les mois, les directeurs des services de santé des divers territoires étaient approvisionnés conformément à leurs prévisions en vaccin antiamaril et antivariolique par les soins de l'Institut Pasteur de Dakar par voie aérienne²⁸⁵.

Depuis quelques années, de gros efforts de prophylaxie accomplis par les organismes

²⁷⁹A. Touré, « *Fiscalité indigène et dépenses d'intérêt social dans le budget du Sénégal 1905-1946* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], UCAD, Année académique 1990-1991, pp. 228-229.

²⁸⁰A. A. Pam, « *Fièvre jaune et choléra au Sénégal : histoire des idées, pratiques médicales et politiques officielles (1816-1960)* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], UCAD, Année académique 2004-2005, p. 160.

²⁸¹M. Peltier, « Vaccin et vaccination anti-amarils. Pratique de la méthode dakaroise en AOF », *Bulletin médical de l'AOF*, Tome 3, FASC. 2, [3^{ème} année, 3^{ème} et 4^{ème} Trimestre], n° 2, 1946, pp. 192-194.

²⁸²ANS, 1H69 (163), La fièvre jaune en AOF – Notions épidémiologique récentes – Vaccination par le médecin colonel C. Durieux Directeur de l'Institut Pasteur de Dakar – Juin 1943, pp. 26-27.

²⁸³ANS, 1H69 (163), Rapport concernant les manifestations de l'endémie amarile au cours de l'année 1940, p. 17.

²⁸⁴ANS, 1H70, *op. cit.*

²⁸⁵ANS, 17G231 (104), *op. cit.*, p. 12.

d'hygiène, complétés en 1939, 1940 et 1941 par la pratique systématique de la vaccination, avaient pour effet d'éloigner ce fléau dévastateur, néfaste pour la mise en valeur coloniale au Sénégal. En effet, le nombre de cas de fièvre jaune était infime et allait en diminuant : 5 cas en 1944, 2 cas en 1946, 3 cas en 1947, 2 cas en 1948, et enfin pour la première fois dans l'histoire de cette endémie en AOF, il était constaté 1 seul cas en 1949²⁸⁶. Par conséquent, ces résultats étaient dus aux vaccinations et revaccinations massives de la population. En somme, dès 1949, cette affection avait cessé d'être une préoccupation de premier plan à la colonie, sous condition d'un effort soutenu dans le domaine de la prophylaxie vaccinale massive.

Cependant, la vaccination comme moyen de prévention n'avait pas été acceptée par l'ensemble de la population indigène et une partie de la population européenne. Ce refus se justifiait par le caractère expérimental du vaccin dont les accidents post-vaccinaux constatés au sein de la population étaient fréquents²⁸⁷.

La variole

Autrement appelée « petite vérole » ou « verette », la variole était apparue au début du XIX^e siècle au Sénégal²⁸⁸. Cette maladie était l'un des fléaux les plus dévastateurs des populations au Sénégal. Elle semait la terreur partout où elle se manifestait. L'administration coloniale avait joué un rôle essentiel pour l'éradication de cette maladie. Les mesures prophylactiques contre la variole s'étaient adressées d'une part aux malades et à leurs contacts, d'autre part à l'ensemble de la population.

L'instruction n° 354/SS du Chef du service de santé du Sénégal en date du 31 décembre 1937 constituait un programme de vaccination systématique de toute la population de la colonie à effectuer en une période de quatre années. Il était décidé que chez les autochtones, la vaccination anti-marielle serait systématiquement associée à la vaccination antivariolique. Un plan quadriennal de vaccinations mixtes était mis sur pied. Il avait été complètement réalisé malgré toutes les difficultés inhérentes aux années de guerre et d'après-guerre²⁸⁹. Dans ce but, le territoire de chaque cercle de la colonie était divisé en quatre zones à vacciner successivement à raison d'une zone par an²⁹⁰. Les équipes de vaccination étaient constituées par le personnel des circonscriptions médicales. Il en était de même pour les équipes de contrôle. Chaque équipe de vaccination comprenait en principe : un médecin auxiliaire et un infirmier compétent connaissant à fond la pratique de la vaccination, un

²⁸⁶ANS, 1H57 (163), *op. cit.*, p. 2.

²⁸⁷A. A. Pam, *op. cit.*, p. 162.

²⁸⁸M. M. Dieng, « Maladies des enfants et initiatives du pouvoir au Sénégal XIX^e-XX^e siècle », in : *Cahiers Histoire et Civilisations*, N° 1, Dakar, UCAD, FLSH, 2003, pp. 77-78.

²⁸⁹ANS, 17G231 (104), *op. cit.*, p. 10.

²⁹⁰ANS, 2G38-20 (2), *Rapport annuel, op. cit.*, p. 157.

garde d'hygiène, un chef de canton ou son représentant.

À la veille des séances de vaccination, le chef de canton rassemblait la population des villages. À l'arrivée de l'équipe de vaccination, il présentait au vaccinateur la population rassemblée, puis se rendait au village suivant où il opérait de même. Sept jours après, les mêmes opérations se déroulaient en vue du contrôle²⁹¹. En 1941, la prophylaxie, contre la variole, réalisée par la vaccination systématique de la population, était poursuivie, comme les années précédentes, conformément au plan quadriennal adopté depuis 1937²⁹². La vaccination antivariolique et la vaccination anti-amarile étant obligatoires. Elles se renouvelaient tous les quatre ans. Le plan quadriennal de vaccination antivariolique était devenu plan quadriennal de vaccination anti-variolo-amarile depuis 1941. Ainsi, au Sénégal, pour une population recensée à 1.850.000, 3.675.690 vaccinations mixtes étaient pratiquées. Toutes ces opérations étaient exécutées par le personnel de l'AMI et du SGHMP. Ce dernier service, depuis 1946, était exclusivement chargé des vaccinations dans tous les secteurs où il fonctionnait régulièrement. Ce vaccin était mis en bouteille thermos et conservé en glacière. Il était jugé valable pendant un mois après sa sortie de l'Institut Pasteur de Dakar²⁹³. Lors de l'apparition de la variole, en avril 1944, dans la région de Birkelane, une équipe sanitaire avait pratiqué 5.637 vaccinations antivarioliques et 8.637 vaccinations anti-variolo-amariles²⁹⁴.

Voici le détail des vaccinations antivarioliques et anti-variolo-amariles de la population civile de la circonscription de Dakar et du Sénégal de 1940 à 1945.

²⁹¹ANS, 2G39-14 (2), *op. cit.*, p. 118.

²⁹²ANS, 2G41-15 (2), *op. cit.*, pp. 75-148.

²⁹³ANS, 1H69 (163), *op. cit.*, pp. 10-11.

²⁹⁴ANS, 2G44-11 (2), *op. cit.*, p. 169.

Tableau 11 : Les vaccinations antivarioliques et antivariolo-amariles (circonscription de Dakar et Sénégal) de 1940 à 1945

Circonscription de Dakar (population environ 150.000 habitants)			
Années	Vaccinations antivarioliques	Vaccinations antivariolo-amariles	Ensemble
1940	7.968	4.188	12.156
1941	7.641	8.745	16.386
1942	2.677	79.647	82.324
1943	6.625	68.994	75.619
1944	1.706	32.263	33.969
1945	15.554	102.563	118.117
Totaux	42.171	296.400	338.571
Sénégal (population environ 1.700.000 habitants)			
Années	Vaccinations antivarioliques	Vaccinations anti-variolo-amariles	Ensemble
1940	271.045	31.714	302.759
1941	248.408	80.717	329.125
1942	155.781	310.378	466.159
1943	46.510	463.156	509.666
1944	75.688	561.415	637.103
1945	67.800	373.085	440.885
Totaux	865.232	1.820.465	2.685.697

Source : IH88 (163), Textes circulaires 1941-1957.

Comme le montre ce tableau, 338.571 vaccinations antivarioliques et antivariolo-amariles étaient pratiquées à la circonscription de Dakar et 2.658.697 vaccinations antivarioliques et antivariolo-amariles étaient pratiquées au Sénégal de 1940 à 1945. Ce qui indiquait une nette prise en main de la maladie et justifiait le petit nombre de cas. En outre, il était pratiqué plus de 750.000 vaccinations en 1946, 1.014.638 vaccinations en 1952, 605.326 vaccinations en 1953, 1.012.396 vaccinations en 1954. En trois ans (de 1952 à 1954), plus de 2.500.000 personnes étaient vaccinées contre la variole. Ces chiffres assez éloquentes par eux-mêmes, montrent pourquoi la variole avait perdu son importance au Sénégal²⁹⁵. Autrefois fléau redoutable, la variole avait considérablement régressé.

Toutefois, jusqu'en 1960, la maladie se présentait de manière sporadique dans la colonie. Ce n'était qu'aux années 1970, avec le concours des organismes des Nations unies et dans le cadre des programmes de coopération avec l'OMS et l'UNICEF, les campagnes de vaccination massives, que la variole était éradiquée²⁹⁶.

²⁹⁵L. F. M. Carloz, *op. cit.*, pp. 116-117.

²⁹⁶M. Ndao, « La santé de l'enfant au Sénégal à l'époque coloniale. Le cas des maladies éruptives : la variole et la rougeole de 1930 à 1960 », in : *Cahiers Histoire et Civilisations*, N° 1, Dakar, UCAD, FLSH, 2003, p. 90.

B- Les maladies endémo-épidémiques

Les maladies endémo-épidémiques faisaient des ravages au sein de la population. Ainsi, elles constituaient un obstacle majeur à la politique de mise en valeur. Dans ce travail, nous avons choisi de ne traiter parmi ces maladies que les plus fréquentes dans la colonie, que sont le paludisme et la trypanosomiase.

Le paludisme

Le paludisme entravait le projet de la mise en valeur. Il était surtout caractérisé par la fièvre très forte, des vomissements, quelquefois des convulsions et souvent une grosseur dans la côte gauche. Cette maladie était cause d'avortements prématurés. Il s'attaquait à la mère pendant la grossesse et aux nourrissons dès leur naissance. Cette affection était transmise par les piqures des moustiques²⁹⁷. Le paludisme était une des maladies tropicales les plus importantes pendant l'époque coloniale. Le danger social que présentait ce fléau, grande cause de cachexie, était mis en lumière par ses 500.000 malades annuels en AOF, il représentait la principale cause de morbidité au Sénégal colonial²⁹⁸.

La lutte contre l'endémie palustre s'était limitée pendant de longues années à des mesures que l'on pouvait étiqueter de « prophylaxie individuelle à l'europpéenne ». La prophylaxie antipalustre comprenait la lutte contre les moustiques, la lutte contre les hématozoaires et la lutte antilavaire. Elle constituait au Sénégal un problème d'envergure et dont la solution présentait de grosses difficultés. Il y avait 45.057 cas en 1939, 44.725 cas en 1940, et 46.482 cas en 1941 (dont 932 Européens et 45.550 indigènes) de paludisme au Sénégal²⁹⁹. La Casamance, le Sine-Saloum et le Fleuve étaient les régions les plus touchées par cette maladie.

Toutefois, des moyens étaient mis sur pieds pour endiguer ce fléau dévastateur : l'usage de la moustiquaire individuelle, la prophylaxie collective qui comprenait la recherche des porteurs de germes (qui consistait dans l'établissement de l'index paludéen, de l'index anophélélique) et la destruction des moustiques (qui consistait à chasser l'anophèle adulte, étude des gîtes et mesures destructives, visites domiciliaires, etc.).

-La lutte anti-moustique avait fait de grands progrès depuis la possibilité d'utilisation de la poudre DDT. La tendance était d'intensifier surtout la lutte contre les moustiques adultes par badigeonnage des murs avec des solutions de DDT³⁰⁰. En 1949, les villes de Dakar et Saint-Louis

²⁹⁷ANS, 1H102 (163), Conférence de puériculture faite aux femmes de Dakar.

²⁹⁸ANS, 1H-57 (163), Note complémentaire – concernant l'activité, les projets et les préoccupations ses services sanitaires en AOF – 31 décembre 1949, p. 1.

²⁹⁹ANS, 2G41-15 (2), *op. cit.*, p. 77.

³⁰⁰ANS, 2G48-20 (2), *op. cit.*, p.136.

étaient intégralement traitées.

-La lutte antilavaire était menée activement par les services d'hygiène des centres suivant l'importance de ces derniers et des travaux d'assainissement étaient continués. Ainsi, cette prophylaxie était commune avec la lutte contre la fièvre jaune et était développée. À Dakar, la lutte antilavaire par mazoutage était régulièrement poursuivie par des équipes de deux à trois hommes, opérant avec pulvérisateur. Les marigots de Hann et de Bop étaient mazoutés régulièrement³⁰¹. Mais il était évident que la DDT ne pouvait être fait que dans des centres où existait un service d'hygiène. De remarquables résultats étaient obtenus. Le nombre d'immeubles visités était de 1.076.570, 16.234 gîtes à larves dont 10.097 d'anophèles étaient dépistés en 1942³⁰². En 1944, dans les villes et escales du Sénégal, les équipes d'hygiène avaient visité 1.185.789 maisons et 12.136 gîtes habités étaient découverts (dont anophèles : 3.726, stégomyas : 3.511, autres : 4.899). À Saint-Louis, 168.311 immeubles étaient visités dans lesquels 630 gîtes habités étaient trouvés. En 1945, elles avaient visité 629.835 cases et maisons et découvert 3.090 gîtes à anophèles, 1.730 gîtes à culex³⁰³.

Une section « paludisme » était créée au sein du SGHMP par l'arrêté 1407 S.P. du 29 mars 1948. Le siège de cette section, qui rayonnait sur le territoire de l'AOF, était installé à Bobo-Dioulasso en Haute-Volta³⁰⁴. Jusqu'à 1954-1955, de nombreux paludologues et non des moindres avaient pu penser que la simple lutte par les pulvérisations d'insecticides domiciliaires « House-Spraying » contre le vecteur adulte était capable d'aboutir à l'éradication du paludisme plus ou moins complète sur les larges régions tropicales d'AOF. Aussi, à compter de 1952, avec l'aide technique de l'OMS et matériel de l'UNICEF, trois « zones pilotes » étaient créées en AOF, pour expérimenter l'action des divers insecticides à effet rémanent : zone pilote de Bobo-Dioulasso (Haute-Volta), zone pilote de pleine campagne de Cotonou Porto-Novo (Bas-Dahomey) et la zone pilote de Thiès (Sénégal) épaulée sur la zone déjà traitée de la Presqu'île du Cap-Vert Dakar³⁰⁵. Les opérations de House-Spraying étaient menées systématiquement dans les villes de Saint-Louis, Thiès et Kaolack, avec la lutte antilavaire autour de Saint-Louis et Kaolack. Le House-Spraying était également entrepris à Ziguinchor et Diourbel. Le programme de lutte antipalustre était régulièrement suivi au cours des années 1953 et 1954 dans la zone pilote du Sénégal à Thiès avec l'OMS et avec le FISE en 1954. L'année 1956 était l'année de l'installation correcte du service. L'organisation des groupes de House-Spraying avait reçu des formations constantes dans le but de rechercher le maximum de rendement avec le minimum de moyens. Une population rurale de 360.000 habitants était protégée par l'emploi

³⁰¹ANS, 2G39-12 (2), *op. cit.*, p. 59.

³⁰²ANS, 2G42-18 (2), *op. cit.*, p. 90.

³⁰³ANS, 2G44-11, *op. cit.*, p. 172, et 2G45-8 (2), *op. cit.*, p. 147.

³⁰⁴Cf. JOAOF, 1948, Arrêté n° 1407 S.P. du 29 mars 1948 créant au sein du SGHMP une section « paludisme », p. 457.

³⁰⁵ANS, 2G58-9, AOF – Service de lutte contre les grandes endémies. Rapport d'activité depuis sa création par le Médecin Général Richet, p. 32.

de DDT titrant 70% d'isomère pp' en solution dans l'eau dans le pétrole, à raison d'une pulvérisation annuelle. La ville de Thiès avait reçu deux pulvérisations annuelles de DDT. Il faut remarquer que le paludisme était éradiqué dans les groupes d'âge à Mont-Rolland, village de la zone centrale traité au House-Spraying depuis 1953. Les enfants de ce village étaient soumis à l'indigestion hebdomadaire de protéines animales par ORANA depuis juillet 1955³⁰⁶.

-La chimioprophylaxie était appliquée pour les fonctionnaires européens et assimilés ainsi qu'à leurs familles. Les distributions gratuites de quinine et de quinacrine avaient eu lieu en 1944 et en 1945, toute l'année en Casamance et dans la zone du Fleuve, six mois seulement dans les autres cercles. Une étude sur la chimioprophylaxie du paludisme par nivaquine et la paludrine était faite dans le cercle de Thiès par le médecin commandant Serre³⁰⁷. Chez les indigènes, des campagnes de prophylaxie par les symphétiqes étaient entreprises à Zigunichor, à Podor, à Saint-Louis en 1945. Les résultats étaient les suivants :

À Zigunichor, il y eut de juin à fin octobre 19 séances de distribution, 2.970 enfants, de 0 à 10 ans, étaient inscrits. À Bignona, 13 séances hebdomadaires eurent lieu de juillet à début octobre. La quinacrine était distribuée à 1.382 enfants de moins de 10 ans. À Oussoye et à Youtou chez les Féloupes, 19 séances avaient eu lieu de juillet à fin octobre. Sur les 416 enfants inscrits dans ces villages, 400 avaient assisté à toutes les distributions. Près de 50.000 comprimés de prémaline ou de quinacrine étaient ainsi absorbés par la population infantile. L'ensemble des résultats obtenus était encourageant³⁰⁸. Dans les grands centres comme Dakar, où les conditions géographiques et climatiques étaient particulièrement favorables, l'épidémie palustre était en voie de disparition. En 1948, sur 93.899 consultants africains, 337 seulement étaient paludéens.

Toutefois, le médecin-colonel Garcin, dans son rapport annuel de 1950, notait que la suppression du paludisme au Sénégal était l'un des problèmes les plus difficiles à résoudre, et qui ne dépendait pas seulement de l'extension de la chimioprophylaxie et de la lutte antimoustique, mais également et surtout, de l'amélioration du standing de vie des populations, de la possibilité pour chaque individu d'avoir sa moustiquaire et davantage de confort plus grand et d'une alimentation plus rationnelle³⁰⁹.

La trypanosomiase ou la maladie du sommeil

La trypanosomiase³¹⁰ humaine était connue de longue date. Au XVI^e siècle, l'historien arabe Ibn Khaldoun signalait les symptômes caractéristiques de l'affection chez un empereur nigérien.

³⁰⁶ANS, 2G56-157, Zone de pleine campagne de lutte antipalustre. Programme 1956 - 2^{ème} rapport semestriel, pp. 1-5.

³⁰⁷ANS, 2G48-20 (2), *op. cit.*, pp. 136-137.

³⁰⁸ANS, 2G45-8 (2), *op. cit.*, pp. 1146-147.

³⁰⁹ANS, 2G48-14 (2), AOF, Rapport annuel sur le fonctionnement du service de santé, p. 28.

³¹⁰Pour mieux comprendre aussi la lutte contre la trypanosomiase, Cf. *Supra*. p. 49.

Elle était transmise à l'homme par la piqûre de glossine ou mouche tsé-tsé³¹¹.

La trypanosomiase était un des plus importants facteurs de dépeuplement de l'Afrique tropicale en général et de la colonie du Sénégal en particulier. Elle n'avait pas manqué d'attirer l'attention des autorités sanitaires. Au Sénégal, on distingue trois zones à trypanosomiase humaine : la région côtière, la Casamance et le Sénégal oriental. La maladie avait touché Sébikotane et Rufisque à la fin des années 1930.

Au Sénégal comme dans les autres colonies de la fédération, deux types de stratégies étaient observées pour lutter contre la maladie du sommeil : le traitement chimique et la prophylaxie agronomique.

Le traitement chimique tendait vers la thérapeutique curative appliquée depuis 1939. Il préconisait l'examen du LCR tout en étant contenu, intense et court lors de la première période. La seconde période demandait l'utilisation de produits pharmaceutiques appropriés tels que l'orsanine, la tryparsamide. En dehors de ces produits, il existait l'atoxyl dans la thérapeutique curative. Mais, il faut souligner que le traitement chimique présentait des dangers comme la cécité, la surdité. Ce phénomène était lié au peu de soins accordés aux doses prescrites³¹².

Pour vaincre le mal, en complément du traitement chimique, les autorités administratives et sanitaires avaient jugé nécessaire d'adopter **la prophylaxie agronomique** qui se proposait d'attaquer la maladie par ses racines. Pour mieux agir, la prophylaxie agronomique s'attelait à une analyse sur la répartition des glossines et l'identification des mouches tsé-tsé. Elle visait à éliminer le virus en agissant sur l'environnement écologique³¹³. La lutte contre la maladie du sommeil était sous le contrôle du SGAMS qui portait tous ses efforts vers la prophylaxie et le traitement de la maladie. Le SGAMS devait naître des résultats de prospections faites par Eugène Jamot. Sa méthode consistait « à aller au devant du malade » et de plus attendre qu'il vienne lui-même se présenter au médecin. Dès lors, les premières équipes mobiles de dépistage et de traitement permettaient de contenir l'affection. Cet organisme se trouvait dès le début de son action en présence de plus de 2.000 malades au Sénégal. Plus des trois quarts de ces malades étaient avancés, leur système nerveux était touché, il ne leur restait pas une chance sur deux de guérir³¹⁴.

Au Sénégal, la prophylaxie de la trypanosomiase fonctionnait avec les groupes sanitaires mobiles qui allaient au-devant de la population pour pratiquer sur elle des tests médicaux destinés à dépister

³¹¹P. Huard, J. Lapière, *Médecine et santé publique dans le tiers monde*, Paris, Centurion, 1981, p. 45.

³¹²M. Sène, « *Épidémies et politiques sanitaires au Sénégal de 1920 à 1960 : exemple de la fièvre jaune et de la maladie du sommeil (trypanosomiase)* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 1990-1991, p. 86.

³¹³M. Nana, « Esquisse de la politique sanitaire coloniale et de l'action médicale en Haute Volta (1905-1960) », in : Histoire au présent (Association), (sous la dir.), *Maladies, médecins et sociétés : approches historiques pour le présent : actes du VI^e colloque d'Histoire au présent*, Volume 2, Paris, L'Harmattan, 1993, p. 301.

³¹⁴ANS, 17G231 (104), *op. cit.*, p. 3.

et diagnostiquer la trypanosomiase humaine.

Voici l'activité des groupes sanitaires mobiles de 1939-1957.

Tableau 12 : Activité du Sénégal de 1939 à 1957 sur la trypanosomiase

Années	Pop. Visitée	Nombre de malades dépistés	Anciens malades revus	Index de virus en circulation
1939	85.138	2.882	8	3,39
1940	34.215	2.141	3	6,26
1941	222. 818	2.683	216	1,50
1942	188. 092	1.874	42	1,01
1943	181. 652	2.291	54	1,29
1944	233. 872	1.657	32	0,72
1945	238. 551	1.790	25	0,77
1946	342. 507	1.961	34	0,58
1947	331. 425	1.991	12	0,60
1948	368. 295	1.718	8	0,46
1949	213. 325	1.401	10	0,65
1950	274. 241	1.101	13	0,39
1951	274. 791	750	23	0,26
1952	346. 105	611	8	0,17
1953	446. 398	477	3	0,10
1954	499. 508	343	7	0,66
1955	413. 888	184	0	0,04
1956	452. 631	122	0	0,024
1957	384. 080	216	682	0,05
Total :	5.531.532	26.193	-	-

Source : ANS, 2G57-25. AOF, Rapport annuel sur l'activité du service, p. 168.

Comme en atteste le tableau, c'est là une illustration frappante des résultats obtenus, la maladie du sommeil continuait à reculer. La situation avait évolué favorablement au cours de 1939 à 1957. Grâce à l'action du SGAMS devenu SGHMP en 1945, les résultats de la prophylaxie agronomique étaient satisfaisants et s'illustrent au regard de l'index de virus en circulation qui était tombé de 6,26 en 1940 à 0,05 en 1957. Le nombre de visite était passé de 85.138 en 1939 à 384.080 en 1957, ce qui influe sur le nombre de malades dépistés reculait partout. Ceci explique la régression de la maladie. Selon le médecin-chef du secteur n° 60 de M'Bour, l'indice de contamination nouvelle passait de 0,59 à 0,48 pour les périodes pose-hivernages de 1949 à 1950, périodes qui correspondaient à la poussée de l'épidémie. Les sujets protégés par la lomidinisation de 1940 à 1955 étaient de 813.214 dont 568.722 à Kolda, 56.468 à M'Bour et 198.024 à Bignona³¹⁵.

³¹⁵M. Séné, *op. cit.*, pp. 182-187.

Autrefois, gros facteur de dépopulation, la maladie était activement combattue et régressait d'année en année.

C- Les maladies sociales

Les maladies sociales étaient qualifiées par les autorités sanitaires de « dépérissement de la race indigène ». Ces fléaux sociaux dont la cible privilégiée semblait être les couches les plus défavorisées de la société. Il s'agissait de maladies qui affectaient la société, dont les causes étaient sociales. Dans ce travail, nous allons traiter successivement la tuberculose, la syphilis et la lèpre considérées comme les plus dominantes au Sénégal colonial.

La tuberculose

Maladie sociale par excellence, la tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse, due au Bacille de Koch (BK). Elle s'observait assez fréquemment dans la partie occidentale de la colonie, zone dite maritime qui comptait des centres importants à population dense (Dakar, Saint-Louis, Thiès, Diourbel, Kaolack et Louga)³¹⁶. L'incidence de cette maladie sociale limitait la régénérescence de la population aux points où elle était menaçante. La lutte antituberculeuse se faisait par la vaccination de masse par le Bacille de Calmette et Guérin (BCG), la destruction de l'agent pathogène, d'où le dépistage et le traitement des malades. Il faut se rappeler dès 1924, l'Institut Pasteur de Dakar avait pratiqué les premières vaccinations dont bénéficiaient tout d'abord les enfants nés dans les maternités européenne et africaine. A partir de 1927, ces vaccinations étaient étendues aux enfants nés en ville et dans la banlieue immédiate grâce à la création d'un service de vaccination à domicile. Ces vaccinations paraissent avoir été poursuivies jusqu'en 1944³¹⁷. Jusqu'en 1949, la tuberculose n'avait joué qu'un rôle relativement effacé, car d'autres problèmes plus urgents avaient eu la priorité. C'est à partir de cette date que la Direction de la santé publique prescrivait d'entreprendre une campagne de vaccination au BCG par scarification, avec la détermination de l'index tuberculinique de tous les élèves de l'AOF, extension des radioscopiques systématiques, vaccination par le BCG, grâce à la préparation dès 1950 par l'Institut Pasteur de Dakar d'un vaccin sec à raison de 15.000 doses par mois. Le total des écoliers vaccinés au cours des trois campagnes de 1949 à 1952 s'était élevé à 135.632 pour un effectif scolaire de 163.750 en 1952. Le nombre de revaccination s'était élevé à 6.197 en 1951 et 7.737 en 1952. La vaccination par le BCG était la mesure prophylactique la plus importante mais elle ne s'appliquait qu'aux enfants. À Dakar par exemple, les nouveau-nés le recevaient au Repos Mandel et à la Maternité

³¹⁶ANS, 1H86 (163), La tuberculose en AOF – Le Médecin-Général, Inspecteur Ricou, Directeur de la santé publique de l'AOF - (1943).

³¹⁷ANS, 1H86 (163), Taches et problèmes de la santé publique en AOF – La tuberculose, p. 28.

Africaine où étaient pratiquées, en 1953, 3.283 vaccinations par scarification et 828 par voie buccale, soit une moyenne de 300 vaccinations par mois³¹⁸. Les enfants plus âgés étaient vaccinés à domicile par les infirmières-visiteuses qui surveillaient en même temps les familles de tuberculeux à domicile. Elles dirigeaient les malades de temps à autre vers la visite du médecin qui les suivait. Pour éviter la propagation chez les tout-petits, des distributions de BCG étaient faites. Il avait été distribué 1.722 doses de vaccin BCG. Il est important de souligner l'aide que les œuvres privées apportaient à la lutte en contribuant à la vente du timbre antituberculeux³¹⁹. En 1953, le centre de PMI de Dakar menait des séances de vaccination dans les maternités et dans les villages de la banlieue pour les enfants nés à domicile. D'après Jean Sénécal : « *En 1960, la tuberculose avait cessé, à Dakar, d'être une maladie de nourrisson et n'intervenait plus dans la mortalité hospitalière du service de pédiatrie*³²⁰ que dans 2 ou 3% des cas au lieu des 12 à 14% de 1951 à 1952 »³²¹.

Le dépistage systématique par la cuti-réaction à la tuberculine était la règle dans les dispensaires de PMI et dans les hôpitaux pour les patients venus en consultation, surtout pour les élèves tousseurs ou fiévreux. Il était aussi pratiqué par les services d'hygiène et en médecine scolaire. Quelques équipes mobiles assuraient un dépistage radiologique ambulancier. Le dépistage se faisait également chez les fonctionnaires et le personnel de commerce européen avant embarquement³²².

Jusqu'en 1944, le traitement des malades était décevant : huile de foie de morue, préparations créosotées, révulsifs et toniques, etc. puis choline, enfin sels d'or, plus toxiques qu'actifs, etc. La collapsothérapie était en vogue jusqu'à la Seconde Guerre mondiale : le « pneumothorax artificiel » consistait à injecter périodiquement de l'air dans la plèvre pour comprimer le poumon malade et mettre ainsi au repos les lésions sous-jacentes. Ces soins n'étaient assurés que dans les grandes villes, à titre ambulatoire, au dispensaire antituberculeux, à l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) ou à l'hôpital. A partir de 1944, la découverte des antibiotiques antituberculeux révolutionnait le traitement et le pronostic de la maladie. Le dispositif de lutte contre la tuberculose devenait de plus en plus efficace.

À partir des années 1950, la modernisation des équipements sanitaires et l'efficacité spectaculaire des nouveaux médicaments antituberculeux (streptomycine, isoniazide, etc.) faisaient d'autant plus exploser les statistiques que les malades affluaient désormais dans les services spécialisés. L'hécatombe apparaissait effroyable. A cette époque, dans les services hospitaliers de

³¹⁸ANS, 1H86 (163), *op. cit.*, pp. 31-35.

³¹⁹ANS, 2G39-12 (2), *op. cit.*, pp. 62-63.

³²⁰Voir Annexe 11, p. 152, la consultation pédiatrique.

³²¹F. Camara, « *La lutte contre la tuberculose au Sénégal (1924-1985)* », [Mémoire de DEA d'Histoire], UCAD, Année académique 2008-2009, p. 29.

³²²ANS, 1H86 (163), *op. cit.*, p. 29.

pédiatrie de Dakar, un décès sur huit était dû à la tuberculose. La lutte qui s'engageait impliquait d'une part l'évaluation des besoins et d'autre part la mise en place de moyens. Le traitement des malades était assuré par le centre de phtisiologie de l'IHS de Dakar. Cet établissement disposait d'installations radiologiques, de laboratoires et était approvisionné en médicaments antituberculeux actifs. Il était dirigé par des phtisiologues du corps de santé colonial. À partir de 1953, étaient employés à Dakar les traitements chimiothérapeutiques prolongés avec la gamme complète des antibiotiques. Les traitements ambulatoires étaient institués après une brève hospitalisation de 2 à 4 mois dans la limite des possibilités, pour les traitements d'attaque. Les médicaments étaient achetés sur les crédits du FIDES et distribués en fonction du nombre de malades de chaque territoire. Ils étaient gratuits pour les malades, sauf pour les fonctionnaires. La chimiothérapie avait ainsi permis d'élargir le champ d'action de la lutte antituberculeuse. Les tuberculeux étaient également suivis dans certains dispensaires de l'AMI (dispensaire de Rufisque, Thiès et M'Bour), dispensaire de la mission protestante de Bopp, dispensaire de l'école Sainte Thérèse, infirmeries de l'armée ou du port de commerce³²³. En 1959, plus d'un millier de nouveaux malades était traité à Dakar, la moitié étant sévèrement atteint. Le plus grand nombre, après une brève hospitalisation, était suivi à titre ambulatoire, tandis que les moins curables (habituellement les plus contagieux) restaient longtemps hospitalisés dans un service où les lits étaient toujours en nombre insuffisant. Les fugues n'étaient pas rares alors que les traitements interrompus favorisaient la production de bacilles tuberculeux résistants au traitement. La chirurgie thoracique devenait réalisable sur place³²⁴.

Toutefois, jusqu'à la fin de la colonisation, la maladie était présente à Dakar. Ainsi, le médecin-chef du centre de communication à la société médicale de l'AOF, Heckenroth, notait qu'en 1956, 4.000 ou 5.000 malades adultes atteints de la tuberculose vivaient à Dakar. Le dépistage systématique n'avait existé que pour les fonctionnaires et les militaires qui étaient hospitalisés à l'Hôpital Principal ou au Cap-Manuel, et pour les enfants des écoles. Par ailleurs, Heckenroth de continuer que Dakar ne disposait que pour ses tuberculeux pulmonaires que deux services hospitaliers vétustes, mal équipés et de capacité excessivement limitée. De plus, ni l'un ni l'autre ne possédait de bloc de phtisiologie et tous les deux étaient tributaires des autres services pour les examens et traitements endoscopiques³²⁵.

³²³F. Camara, *op. cit.*, pp. 29-31.

³²⁴<http://www.asnom.org/article> sur Les endémies tropicales, consulté le 19 avril 2011.

³²⁵ANS, 1H86 (163), « Un nouvel organisme de dépistage et de soins de la tuberculose : Le Centre de phtisiologie de Dakar. Sa place dans notre armement antituberculeux », par Heckenroth, médecin-chef du centre communication à la société médicale de l'AOF, séance du 5 janvier 1956, pp. 2-4.

La syphilis

Autrement appelée « grande vérole », la syphilis constituait incontestablement la maladie sociale par excellence puisqu'elle atteignait une énorme proportion de la population. Elle influait sur l'avenir de la « race » d'une façon redoutable, ce qui pouvait entraver gravement le projet de la mise en valeur. En effet, bon nombre d'avortements, de mort-nés et de débiles congénitaux relevait d'une hérédité spécifique. De même, il était difficile de lutter efficacement contre la prostitution, notamment la prostitution clandestine, la plus répandue et la plus florissante. La syphilis faisait l'objet d'un traitement spécifique et constituait l'une des plus grandes inquiétudes des autorités administratives et sanitaires. Ainsi, des stratégies étaient déployées par l'administration coloniale pour endiguer le mal vénérien. En effet, durant l'entre-deux-guerres, le discours du corps médical profondément imprégné de l'angoisse de régénérescence de l'espèce humaine par hérédité syphilitique conduisait à considérer toutes les naissances de débiles et de mort-nés comme des répercussions de la syphilis. Ainsi, la place du mal vénérien dans la mortalité néonatale était alors largement surévaluée. Traiter les malades, en supprimant de nombreuses sources de contamination, faire œuvre utile de prophylaxie. Cette œuvre était complétée par le dépistage des prostituées notamment les prostituées clandestines³²⁶. Le mercure, le salvarsan, le néosalvarsan et des composés arséno-bismuthiques étaient les médicaments de traitement de la syphilis. La fabrication sur place à bas prix d'ampoules de salicylates de bismuth en solution huileuse permettait d'intensifier largement le traitement prophylactique de cette maladie. Le dépistage des malades syphilitiques se faisaient soit au poste de santé, soit lors des tournées ou visites médicales. À Dakar, un Service de Dermato-Vénérologie était organisé à l'IHS, service sur lequel le triage à l'entrée dirigeait les vénériens avérés ou suspects qui se présentaient. Pour chaque malade était établie une fiche individuelle numérotée sur laquelle étaient inscrits les résultats d'examens de laboratoire, les traitements reçus, les observations d'ordre clinique. Ainsi, au cours des trois premiers trimestres de l'année 1943, 1.572 consultants avaient donné 9.047 consultations syphilitiques. Par ailleurs, les dispensaires urbains de Dakar (dispensaires n° 1, n° 2, n° 3 et le dispensaire du port) avaient traité, au cours des trois premiers trimestres de 1943, 2.056 syphilitiques. La même année, le dispensaire Poste de Secours au port de commerce de Dakar avait traité 37 syphilitiques³²⁷. À Saint-Louis, le Centre de vénéréologie de l'hôpital colonial assurait le traitement de nombreux syphilitiques, 75.263 malades étaient traités en 1942 dont 682 en formation hospitalière. Il est important de souligner qu'une place importante était accordée à la protection de la mère et de l'enfant dans la lutte contre cette maladie. C'est ainsi qu'en 1942, sur 12.259 consultantes (consultations prénatales), il était dépisté 1.346 syphilis ; sur les 9.404 consultantes (sur les consultations postnatales), il était dépisté

³²⁶ANS, 2G39-14 (2), *op. cit.*, p. 125.

³²⁷ANS, 1H29 (26), Les maladies vénériennes en AOF par le Médecin général Inspecteur Ricou, décembre 1943.

499 syphilis ; sur les consultations des enfants de 0 à 2 ans, sur les 84.289 consultants, il était dépisté 2.288 syphilis ; sur les consultations des enfants de 2 à 5 ans, sur 73.952 consultants, il était dépisté 1.728 syphilis et enfin pour l'Inspection Médicale des Écoles, sur les 20.706 consultants, il était dépisté 838 syphilis³²⁸. Dans la région du fleuve (cercle de Podor et Matam), en 1945, le nombre de consultants traités était particulièrement important : 12.850 Podor, 1.175 à Bakel, 1.013 à Thilogne, 848 à Matam et 211 à Diorbivol. Parmi ces malades traités, nombreux étaient des enfants hérédosyphilitiques de 0 à 5 ans (à Bakel : 38 enfants de 0 à 2 ans et 121 enfants de 2 à 5 ans)³²⁹. Outre l'action des dispensaires, des mesures étaient prises contre la prostitution³³⁰.

La lutte contre la syphilis s'était bornée jusqu'à 1950 au traitement des manifestations aiguës dans les dispensaires et postes médicaux des formations fixes. Ce traitement était en général insuffisamment prolongé et n'atteignait en pratique que les malades dont le domicile se trouvait dans le rayon d'action immédiat des centres médicaux. La nécessité était apparue de développer l'action antisyphilitique et de la porter au cœur même des régions les plus contaminées qui se trouvaient éloigner des centres de traitement. Ainsi, deux groupes sanitaires mobiles antisyphilitiques relevant du SGHMP avaient été mis en place, l'un (le groupe sanitaire mobile de Djerma Sonraï) dès la fin de 1949 au Niger, l'autre (le groupe sanitaire mobile de Podor)³³¹ un an plus tard sur les rives du fleuve Sénégal, région où la maladie sévissait avec intensité. Ce groupe sanitaire mobile traitait le maximum de malades dépistés par l'examen clinique et mettait en œuvre des schémas de traitement par la pénicilline retard *procaïne* au monostérate d'aluminium³³².

L'essentiel des efforts de lutte contre les grandes endémies était porté sur la syphilis vénérienne et le bejel (syphilis endémique). Pour venir à bout de la maladie, l'administration coloniale avait jugé nécessaire de créer deux nouveaux secteurs : le secteur de M'Bour et secteur de Bignona en 1955. En fonction des protocoles définis par l'OMS, les traitements de masse avaient débuté dans la région du fleuve en 1956. Ainsi, de 1956 à 1960, plus de 279.926 personnes étaient consultées dans cette région, parmi celles-ci, 21.959 cas de syphilis (bejel et syphilis vénérienne) étaient dépistés et traités³³³.

Toutefois, ce traitement n'assurait pas la guérison complète du malade et il était rarement suivi jusqu'à son terme. Ainsi, 80% des malades l'abandonnaient dès la première année et

³²⁸ANS, 1H29 (26), *op. cit.*

³²⁹ANS, 2G45-8, *op. cit.*, p. 155.

³³⁰Cf. *Infra.*, p. 135.

³³¹ANS, 2G49-11 (2), Rapport annuel, p. 129.

³³²ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, p. 41.

³³³M. Diop, *op. cit.*, pp. 29-43.

préféraient se battre à l'iodure de potassium³³⁴. En outre, la lutte contre la syphilis était très mal répartie, l'essentiel des efforts était prioritairement orienté vers le monde rural alors la syphilis vénérienne sévissait en grande partie en milieu urbain. C'est dans ce contexte que jusqu'en 1960 la maladie était présente au Sénégal.

La lèpre

La lèpre était une affection mutilante d'évolution lente due au bacille lépreux ou bacille de Hansen. Elle était strictement humaine. Au Sénégal, la Casamance (les régions de Bignona et de Kolda-Vélingara) et la Petite-Côte (la région de M'Bour) étaient les deux zones les plus touchées par cette maladie. On notait une prédominance marquée par des formes tuberculoïdes sur les formes lépromateuses. Cette maladie était une cause de misère qui empêchait souvent le malade de travailler, c'était également un facteur de dépopulation car un lépreux se mariait rarement même si les lésions n'étaient pas importantes (c'était même une cause de divorce)³³⁵. Le corps de santé colonial était confronté à cette maladie redoutée autant que difficile à guérir. Un nom dominait les débuts de ce combat : Émile Marchoux qui, dès 1923, plaidait l'humanisation des léproseries. Sur sa proposition, était ouvert à Bamako (Soudan français) un centre de recherches sur la lèpre qui, plus tard, portait son nom : Institut Marchoux³³⁶.

C'est par l'arrêté du 16 novembre 1931 que le Gouverneur général Brévié avait créé en AOF un service de prophylaxie de la lèpre, pour lutter efficacement contre cette maladie, qui constituait un des fléaux sociaux les plus graves contre le projet colonial. En effet, lors de la Troisième Conférence Internationale de la lèpre à Strasbourg en 1923, le professeur Marchoux avait posé les principes d'une prophylaxie antilépreuse. Ces mêmes principes étaient précisés dans les conclusions des conférences de Bangkok en décembre 1930 et de Manille en janvier 1931. Le nouveau service de prophylaxie de la lèpre en AOF avait commencé d'abord dans les quatre colonies de Côte-d'Ivoire, de Haute-Volta, du Soudan et du Sénégal, avant d'englober l'ensemble de la Fédération. Les grands principes mis en application par le service de prophylaxie de la lèpre de l'AOF étaient les suivants : les malades atteints de la lèpre avaient droit aux mêmes soins, aux mêmes égards, au même respect de leurs droits et de leur liberté que les autres malades³³⁷.

C'est ainsi qu'en 1944, la lutte contre la lèpre était réorganisée pour une meilleure coordination. Au Sénégal, de 1945 à 1960, cette lutte était assurée d'une part par le SGHMP et d'autre part par l'AMI qui faisait une médecine sédentaire, ne voyait et ne soignait

³³⁴*Ibidem.*

³³⁵ANS, 2H39 (26), Subdivision de Bignona, cercle de Ziguinchor, rapport sur la situation démographique.

³³⁶<http://www.asonom.org>, *op. cit.*

³³⁷ANS, 1H73 (163), Lèpre – Textes – Instructions – 1931-1956, pp. 1-2.

qu'occasionnellement les lépreux. Les bases de la prophylaxie de la lèpre étaient : le dépistage et le recensement des malades, leur traitement et leur surveillance médicale :

-Le dépistage des malades atteints de la lèpre était exécuté à l'occasion de toute visite médicale portant sur une collectivité : tournées des médecins de l'AMI, recrutement militaire, inspection médicale des écoles, surveillance médicale des travailleurs, etc. Le dépistage était immédiatement suivi du recensement, c'est-à-dire de l'inscription du malade dépisté et de la déclaration de la maladie. Le recensement était la base de l'étude épidémiologique et statistique de la lèpre. Un médecin spécialisé recueillait tous les recensements relatifs à l'incidence et à la transmission de cette maladie.

-Le traitement des malades atteints de la lèpre était poursuivi avec continuité et persévérance. Certains traitements à base de chaulmoogra (éthers éthyliques) permettaient d'obtenir, non par la guérison définitive (disparition totale et définitive du mycobactérium leproe de l'organisme antérieurement atteint) mais une amélioration réelle ayant très fréquemment comme résultat la disparition de la contagiosité, par cicatrisation des lésions lépreuses. Du point de vue prophylactique, le but vers lequel tendait le traitement pratique des malades atteints de lèpre était en dehors de toute expérience spéculative, la suppression de l'état de contagiosité de ceux qui étaient soumis. Cette façon de voir permettait d'envisager la possibilité d'éteindre progressivement le fléau.

De 1940 à 1950, la thérapeutique sulfonée s'était affirmée, et à la Conférence Panaméricaine de Rio de Janeiro en 1946, le Congrès de la Havane en 1948, celui de Madrid en 1953, avaient mis en évidence l'activité de la Sulfone-Mère (diamino-diphénylsulfone ou DDS) et de ces dérivés mono ou disubstitués. Les chaulmoogriques étaient relégués au second plan, voire même abandonnés complètement au profit des produits sulfonés. En outre, l'huile de chaulmoogra avait donné de bons résultats dans la thérapeutique des formes dites bénignes de la lèpre³³⁸. En 1950, 5.847 lépreux vivaient au Sénégal, 2.324 étaient décédés, 118 avaient disparus et 1.180 mendiaient dans la circulation. En 1953, la police avait ramassé les lépreux pratiquant la mendicité dans la ville de Dakar pour les acheminer vers le village de lépreux de Peycouk situé à trois kilomètres de Thiès. Le nombre de transferts opérés au cours de la même année était estimé à une centaine. L'année suivante (1954), 21 autres lépreux avaient été dirigés sur Thiès, mais huit seulement étaient en traitement, les autres avaient dû reprendre leur activité dans les rues de Dakar³³⁹.

-La surveillance médicale avait pour effet de suivre les malades du point de vue clinique et de constater les effets obtenus par le traitement, d'admettre les malades au bénéfice de la résidence au foyer domestique tant que la lèpre demeurait fermée sous l'influence du traitement, de les

³³⁸ANS, 1H73 (163), Complètement à l'instruction technique de 1950 sur la classification et le traitement de la lèpre.

³³⁹ANS, 1H73 (163), note n° 595/SS. Tech. du 15 février 1954 du médecin colonel Maxime Carrière, pp. 1-2.

hospitaliser comme les autres malades s'ils présentaient des lésions contagieuses³⁴⁰.

Toutefois, même si des léproseries étaient créées un peu partout dans la colonie du Sénégal pour soigner les lépreux, les autorités sanitaires étaient confrontées à d'énormes difficultés dans la lutte contre cette maladie, parce que beaucoup de lépreux ne suivaient pas les traitements et, en plus, ils finissaient par fuir.

D- Les maladies transmissibles

Les maladies transmissibles étaient l'une des causes de dépopulation ou de stagnation démographique de la colonie du Sénégal. Elles étaient très diverses. Mais, notre étude sera centrée sur les plus fréquentes, que sont la méningite cérébrospinale et le tétanos.

La méningite cérébrospinale

La méningite cérébrospinale était un des principaux soucis des autorités sanitaires. Elle se caractérisait spécifiquement par l'épidémiologie des zones sahéliennes et soudanaises où elle donnait lieu à des vagues saisonnières parfois très importantes pendant la période sèche de l'année (de décembre à mai). Période pendant laquelle soufflaient des vents chauds et très secs incitant pour les muqueuses. L'épidémie s'éteignit d'elle-même avec la saison des pluies. Les principales victimes de cette maladie étaient les jeunes enfants³⁴¹. Jusqu'à 1950, cette maladie avait échappé à toute prophylaxie efficace aux autorités sanitaires. Lors de la Conférence Internationale de Coopération Technique tenue à Dakar en mai 1951, les représentants des territoires de l'Afrique au Sud du Sahara avaient exprimé le vœu que des organismes spécialisés s'attaquassent au problème de l'épidémiologie et de la pathologie de la méningite³⁴². Le caractère destructif des épidémies de méningite, leur survenue dans des zones rurales mal équipées sur le plan médical, l'extrême dispersion des habitants, les taux de mortalité qu'elles entraînaient en l'absence de traitement avaient amené le corps de santé colonial à édicter un programme de lutte efficace axé sur l'application précoce d'une thérapeutique active et sur la rapidité du dépistage des foyers épidémiques. Au début de chaque épidémie annuelle, les services sanitaires locaux et le SGHMP dirigeaient vers les zones contaminées, le maximum de personnel sanitaire mobile, abondamment pourvu de médicaments (sulfamides, pénicillines), et capable de traiter avec succès une affection dont le pronostic dépendait de la rapidité³⁴³. En effet, c'est ce qui avait fait reculer l'intensité de ces poussées saisonnières qui étaient passées de 10.062 cas en 1945 à 252 cas en 1949 et à 111 cas

³⁴⁰*Ibidem., Idem., pp. 2-3.*

³⁴¹L. F. M. Carloz, *op. cit.*, p. 115.

³⁴²ANS, 1H49 (163), Document concernant la santé publique en AOF – 1951, p. 23.

³⁴³ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, p. 40.

en 1950. Cette décroissance tenait au bien fait du traitement sulfamidé appliqué massivement dans les zones contaminées qui entraînait une guérison à peu près certaines à 80%³⁴⁴.

Toutefois, la méningite cérébrospinale causait de nombreux décès sans parler des séquelles graves qu'elle laissait parfois (cécité, surdité, paralysie) lorsque le malade en échappait. En janvier 1954, elle était réapparue au Sénégal avec 224 cas dont 39 décès. En février de la même année, 26 cas étaient signalés à Kaolack dont 2 décès, 10 cas à Louga dont 4 décès et 17 cas à Diourbel³⁴⁵.

Le tétanos

Le tétanos était habituellement une maladie mortelle. Au Sénégal, il était la première maladie qui guettait le nouveau-né. Tout enfant atteint de cette maladie avait des convulsions, il serrait ses mâchoires, il ne pouvait téter, il devenait raide au point qu'il était impossible de plier ses bras, ses jambes, de fléchir sa tête. Le tétanos était causé par des personnes sans formation médicale lors des accouchements, où le cordon ombilical était coupé avec des instruments non stérilisés et où l'emploi du vaccin antitétanique était limité. À ce propos, le médecin-chef du Bas-Sénégal signalait que les cas de tétanos chez les nouveau-nés autochtones étaient souvent dus aux femmes qui ne pouvaient s'empêcher de défaire le pansement fait par les matrones pour y mettre les emplâtres les plus fantaisistes. Chaque année de nombreux cas de tétanos ombilical entraînaient une forte mortalité parmi les nouveau-nés. À Dakar, le tétanos faisait chaque année 175 à 200 victimes³⁴⁶.

La prophylaxie consistait surtout en une éducation des mères (rôle des assistantes sociales), mais aussi des matrones. Ainsi, des mesures étaient prises contre les matrones clandestines. Eu égard à cela, les sages-femmes de quartier étaient invitées à instruire la population au cours de leurs tournées dans les cases. À Saint-Louis par exemple, dans les quartiers de Guet N'Dar et N'Dar-Toute, où le sol était particulièrement « tétanigène », la mesure prophylactique prise était de faire accoucher les femmes à l'hôpital. Cependant, la maternité indigène ne disposait que 29 lits, donc une telle mesure était inapplicable. En outre, en 1944, dans le but de faire disparaître dans la mesure du possible le tétanos ombilical, une sage-femme était affectée dans chaque quartier de Saint-Louis. Deux ans plus tard (en 1946), cette maladie était en nette régression. Car, parmi les enfants indigènes nés à Saint-Louis, il n'existait que 20 cas de tétanos soit 1 cas pour 1.000 naissances. La répartition par quartier était la suivante : Guet N'Dar : 7, N'Dar-Toute : 5, Nord : 5, Sor : 2³⁴⁷. De plus, quatre nourrissons nés à l'extérieur (1 à M'pal, 2 à Gandiole, 1 à Gaye Gaye) atteint du tétanos

³⁴⁴M. Sène, *op. cit.*, p. 120.

³⁴⁵ANS, 1H75 (163), Télégramme – lettre n° 584/SSM Tech. Du 3 février 1954.

³⁴⁶ANS, 1H102 (163), *op. cit.*

³⁴⁷ANS, 2G46-11 (2), *op. cit.*, pp. 143-144.

étaient traités à l'Hôpital Colonial de Saint-Louis³⁴⁸.

Il faut signaler qu'il existait, à Dakar, un établissement d'un service de perçage des oreilles à l'IHS. Cette pratique était bien accueillie par la population indigène au moment des fêtes rituelles indigènes. Ainsi, le but fixé par ce service était la disparition du tétanos du à cette coutume³⁴⁹.

En définitive, le corps de santé coloniale, dans le souci de lutter contre les maladies dominantes qui dépeuplaient la « race », s'était attaqué d'abord aux maladies mortelles ou invalidantes contre lesquelles il disposait de moyens efficaces : médicaments, vaccinations, insecticides, etc. Certaines maladies étaient vaincues ou jugulées d'autres étaient en voie de régression considérable, grâce à une prophylaxie inlassablement poursuivie.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

³⁴⁸ANS, 2G47-75 (2), Rapport annuel, p. 59.

³⁴⁹A. A. Pam, *op. cit.*, p. 146.

CHAPITRE III : LA POLICE SANITAIRE AUX FRONTIÈRES

La police sanitaire aux frontières avait pour but de prévenir la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies pestilentiennes et, le cas échéant, de toute autre maladie transmissible, facteur de dépopulation de la « race ». Son organisation matérielle était codifiée par le décret du 15 novembre 1947, qui découpait le territoire de la colonie du Sénégal en un certain nombre de circonscriptions frontalières, elles-mêmes comprenant plusieurs postes sanitaires, pourvus en personnel médical³⁵⁰. Les postes sanitaires comprenaient des locaux administratifs, des laboratoires spécialisés, pouvant aider au diagnostic des maladies contagieuses et collaborant au contrôle permanent de la peste murine et des locaux destinés au triage rapide des passagers pour le dépistage des suspects de maladies contagieuses. Ces locaux, appelés aussi stations sanitaires, permettaient la pratique des vaccinations en série, de la désinfection des vêtements et des bagages et de la désinsectisation³⁵¹.

Dans ce chapitre, nous allons étudier la police sanitaire maritime, la police sanitaire aérienne, et la police sanitaire terrestre.

A- Police sanitaire maritime

La police sanitaire maritime fonctionnait dans les principaux ports de la colonie du Sénégal : Dakar, Saint-Louis, M'Bour, Kaolack, Ziguinchor. Les médecins européens, médecins-chefs des circonscriptions médicales remplissaient le rôle d'agents principaux de la santé. Il existait d'autres postes secondaires, confiés à des douaniers, avec la participation du personnel du service de santé, à Foundiougne (Sine-Saloum), Joal et Niaming (Cercle de Thiès), Carabane (Casamance), de Djinack (à l'embouchure du Saloum), de la Barre (au Sénégal à Gandiole), etc. Néanmoins, la plupart de ces ports, sauf à Dakar et à Kaolack, ne recevaient que des caboteurs et n'avaient, de ce fait, qu'une importance sanitaire tout à fait secondaire³⁵².

Le rôle de ces postes consistait à protéger les ports contre la peste d'importation et dans les rares cas de passages de navires venant de la côte-sud contre la fièvre jaune. À cet effet, tous les cas de fièvre jaune signalés en AOF étaient aussitôt notifiés télégraphiquement aux administrateurs intéressés, qui étaient priés de prendre toutes les mesures de protection. Une surveillance étroite était exercée dans ces ports. Les mesures de dératisation prises périodiquement dans les villes portuaires et systématiquement dans les navires ayant abordé en zone d'endémie. Ainsi, 950 navires étaient arraisonnés et 8 étaient dératisés en 1939 et 396 navires étaient arraisonnés avant leur entrée

³⁵⁰L. Lapeyssonnie, *op. cit.*, p. 319.

³⁵¹*Ibidem.*, *Idem.*, p. 320.

³⁵²ANS, 2G41-15 (2), *op. cit.*, p. 156.

dans les ports et 15 navires avaient été dératisés en 1941 à Saint-Louis³⁵³.

Au port de Dakar par exemple, il existait un service sanitaire qui avait pour but d'assurer le service sanitaire maritime, le service médical du port, l'hygiène et la prophylaxie du secteur du port et le service médical de la marine marchande. Ce service sanitaire maritime comprenait la police sanitaire maritime (qui consistait dans la reconnaissance et l'arraisonnement des navires à leur arrivée dans le port de Dakar, aboutissant soit à la libre pratique, soit à la mise en quarantaine, dans la délivrance des patentes de santé) et la surveillance médicale des passagers embarquant et débarquant (contrôle des vaccinations, contrôle des malades débarquant, application de toutes mesures prophylactiques qui pouvaient en découler)³⁵⁴, la délivrance des patentes aux bateaux en partance était faite. Il était délivré, en 1939, 3.156 patentes, dont 2.819 patentes nettes et 337 patentes brutes et 71 navires dératisés³⁵⁵. Il était assuré par un médecin militaire hors-cadre, agent principal de la santé, qui était en même temps chargé du service d'hygiène pour le quartier du port Bel-Air. Il était assisté de 6 pilotes sous agents sanitaires.

En 1948, le médecin du port avait obtenu de notables améliorations dans les aménagements des quais et des hangars de stockage. Les marins du commerce recevaient gratuitement au dispensaire du port les soins antivénériens dont ils avaient besoin. Le contrôle des vaccinations obligatoires avait donné lieu aux observations suivantes : sur les 11.992 passagers contrôlés, on notait 7.039 vaccinés contre 4.953 non vaccinés soit un pourcentage de 33%. L'eau de la ville de Dakar était distribuée aux navires par des bouches disposées sur des canalisations d'adduction arrivant en bordure des quais ; très rarement par des chalands citernes du port de commerce. Cette eau était l'objet d'un contrôle bactériologique sévère par l'Institut Pasteur et par le Service des Eaux et Assainissement de la circonscription de Dakar³⁵⁶. Diverses mesures étaient prises contre la souillure de l'eau aux bouches de distribution. La potabilité de cette eau distribuée était contrôlée par des prélèvements effectués tous les quinze jours. Le contrôle des chalands citernes était trimestriel. Il était effectué de temps en temps des opérations de verdunisation³⁵⁷. Ainsi, les nombreux navires qui touchaient le port se ravitaillaient sans arrière pensée et sans crainte en eau d'alimentation. Toutes les personnes, tant à l'embarquement qu'au débarquement, devaient être en règle avec les règlements sanitaires en vigueur, c'est-à-dire vaccinées contre la fièvre jaune et la variole. Le passeport sanitaire était en vigueur dont sa délivrance était obligatoire à l'entrée comme à la sortie de la colonie. Ce contrôle très strict des voyageurs consistait à lutter contre la propagation

³⁵³ANS, 2G39-14 (2), *op. cit.*, p. 127.

³⁵⁴ANS, 1H111 (163), Lette n° 2717/Tech. du Gouverneur général en AOF, classification sanitaire des aérodromes de la fédération, p. 6.

³⁵⁵ANS, 2G39-12 (1), *op. cit.*, p. 4.

³⁵⁶ANS, 1H117 (163), Note sur les eaux d'alimentation de la ville de Dakar par le médecin-chef de deuxième classe canton marine en AOF, pp. 13-15.

³⁵⁷ANS, 2G48-20 (2), *op. cit.*, pp. 144-145.

d'affections épidémiques très meurtrières.

B- La police sanitaire aérienne

La police sanitaire de la navigation aérienne au Sénégal était fixée par l'arrêté n° 1776 du 25 juin 1937. Elle dépendait du service d'hygiène de la ville de Dakar. Plusieurs agents africains étaient affectés à cet important service. Un assistant médical européen demeurait en permanence à l'aéroport. Le contrôle sévère des vaccinations obligatoires y était assuré en permanence³⁵⁸. Les passagers entrant dans la Fédération étaient contrôlés en ce qui concernait les vaccinations antivarioliques et antiamariles. Il en était de même pour les passagers en transit à Dakar. Les aéronefs quittant Dakar ainsi que ceux en provenance d'une zone d'endémicité extérieure à la Fédération étaient systématiquement désinsectisés par bombes Aérosol-DDT. Tout aéronef faisant escale sur un aérodrome situé sur le territoire de la colonie du Sénégal devait être muni d'un carnet de route tenant lieu de patente de santé et sur lequel devait être porté : les faits d'ordre sanitaire survenus sur l'aéronef avant le départ ou pendant l'escale ; éventuellement les informations concernant l'application dans la localité que quittait l'aéronef ou dans les localités de provenance des passagers ou de l'équipage d'une des maladies infectieuses telles que peste, typhus exanthématique, variole, fièvre jaune. Comme mesure immédiate contre le transport des vecteurs de la fièvre jaune, une désinsectisation des aéronefs était effectuée systématiquement selon les procédés et avec les produits agréés : à l'arrivée au premier aérodrome de la Fédération pour tout aéronef en provenance d'une région en endémicité amarile ; au départ de tous les aéronefs quittant la Fédération³⁵⁹.

L'arraisonnement de tous les avions civils atterrissant à l'aéroport de Dakar-Ouakam était assuré par le médecin du bataillon de tirailleurs sénégalais de la caserne de Ouakam. Le nombre d'avions arraisonnés était de 458 en 1939 et ce nombre était passé à 3.331 (arrivés) et à 3.319 (départs) en 1949. Et, le nombre d'avions désinsectisés était de : arrivés : 881 et départ : 3.319³⁶⁰.

En 1955, ce service médical de l'aéroport était doté d'un bâtiment infirmerie comprenant : un cabinet de consultation, un laboratoire, une salle de soins et de pansements, trois lits répartis dans deux pièces, une réserve d'insecticides et de matériel de pulvérisation. Son usage était double. Il était à la disposition du médecin-chef du service médico-sociale de Dakar (service médical des fonctionnaires). Ce médecin donnait des consultations et des soins aux fonctionnaires de l'aéronautique civile les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine de 17 heures à 18 heures. Il était épaulé en cela par une infirmière engagée par la direction générale de l'aéronautique civile en

³⁵⁸ANS, 2G50-15 (2), *op. cit.*, p. 121.

³⁵⁹ANS, 1H111 (163), *op. cit.*, pp. 2-5.

³⁶⁰ANS, 2G49-11 (2), *op. cit.*, p. 132.

AOF. Ce service était en permanence à la disposition du service d'hygiène de la ville de Dakar chargé de la police sanitaire aux frontières aériennes³⁶¹. En dehors de Dakar, des terrains secondaires existaient à Kaolack, Kédougou, Tambacounda, Thiès, Saint-Louis et Ziguinchor.

Le service de police sanitaire aérienne dans les différents aérodromes et terrains d'avions était assuré par les médecins-chefs des circonscriptions médicales intéressées, sauf à Saint-Louis où ce service était assuré par le médecin-adjoint au chef du service de santé. Ils appliquaient toutes les mesures jugées nécessaires pour une meilleure condition sanitaire. Le carnet de route était visé à chaque escale par le médecin du ressort³⁶².

C- La police sanitaire terrestre

La police sanitaire terrestre consistait en une protection des frontières communes avec le Soudan et la Gambie anglaise, en vue d'assurer la protection du Sénégal contre l'importation de cas de fièvre jaune, de variole ou de méningite cérébrospinale. Depuis 1936, un barrage était mis au kilomètre 17 entre Rufisque et Dakar, qui permettait de contrôler les provenances par routes. Il en était de même vis-à-vis des provenances par voies ferrées. Deux lazarets importants, l'un à Dakar (lazaret du Front de Terre), l'autre à Rufisque, permettaient l'isolement des contagieux, des suspects et des contacts en cas d'épidémie dans la presqu'île du Cap-Vert³⁶³.

En cas d'apparition de cas de maladie pestilentielle au Soudan, la surveillance sanitaire des convois était assurée entre la station frontière du Soudan (Kidira) et Tambacounda, distant de 180 kilomètres. Tous les voyageurs étaient examinés pendant le parcours par une équipe sanitaire et les suspects étaient, le cas échéant, mis en observation au lazaret de Tambacounda, édifié dans ce but³⁶⁴. Lors de l'épidémie de fièvre jaune du Soudan et de la Guinée, en octobre et novembre 1941, des cordons sanitaires étaient établis à Kidira sur la voie ferrée du Soudan ainsi que sur les routes reliant le Sénégal à la Guinée et au Soudan (cercle de Kédougou et Kolda)³⁶⁵. Sur le long des frontières nord et sud de la Gambie anglaise, des postes de surveillance permanents ou provisoires étaient installés à Messira, à Saboya et à Nioro du Rip dans la circonscription médicale de Kaolack ; à Maka-Coulibantan, et à Guenoto dans la circonscription médicale de Tambacounda, à Vélingara et à Diouloulou dans la circonscription médicale de Ziguinchor³⁶⁶.

Des mesures strictes avaient été prises lors de la réapparition de la peste à Dakar en 1944. En effet, aucun voyageur ne pouvait par quelque voie que soit (terre, chemin de fer, transport en

³⁶¹ANS, 1H111 (163), note n° 384-SP-Tech. du 31 janvier 1955, du médecin général, inspecteur Talec, pp. 3-4.

³⁶²ANS, 2G37-25, Rapport annuel, pp. 256-257.

³⁶³ANS, 2G46-11 (2), *op. cit.*, p. 147.

³⁶⁴ANS, 2G38-20, *op. cit.*, p. 157.

³⁶⁵ANS, 2G41-15 (2), *op. cit.*, p. 157.

³⁶⁶ANS, 2G45-8 (2), *op. cit.*, p. 158.

commun, visites privées), s'il n'était muni d'une autorisation administrative, quitter l'intérieur du Sénégal pour se rendre dans la circonscription de Dakar. Cette autorisation n'était délivrée que pour un seul voyage à jour fixe et dont la nécessité était prouvée. Cette autorisation était visée et datée, pour éviter son utilisation par plusieurs voyageurs, par la première autorité qui avait délivré un billet de transport (gare), ou de contrôle sanitaire. Les voyageurs en provenance de la circonscription de Dakar devaient, pour pénétrer au Sénégal, présenter un passeport sanitaire visé et daté par les soins de la première autorité à laquelle il avait été présenté : gare au départ de circonscription de Dakar, contrôle sanitaire du Sénégal dans toutes les autres gares. Au départ du Sénégal, les passeports d'origine de la circonscription de Dakar ne pouvaient être admis pour le retour qu'après autorisation de l'autorité administrative, après contrôle médicale le jour de départ. Ils étaient par la suite visés et datés pour qu'ils ne pussent servir qu'à une seule personne. Les barrages chargés du contrôle des transports sanitaires devaient comprendre un agent capable d'assurer le contrôle³⁶⁷. En effet, au mois de mai de la même année (1944), des centres de triage établis à l'entrée de Tambacounda et au poste de Touguya (subdivision de Vélingara) avaient rapatrié 172 navétanes suite à la visite de contrôle pour misère physiologique³⁶⁸.

En somme, l'organisation de l'hygiène et de la santé publiques avait nécessité une intervention avec l'installation de la police sanitaire aux frontières dont l'objectif était d'organiser la protection sanitaire extérieure. En effet, la police sanitaire aux frontières avait permis d'assurer la sauvegarde du territoire de la colonie du Sénégal de la pénétration des maladies épidémiques pouvant entraver le projet de la mise en valeur. Des mesures draconiennes de réglementation de la circulation des personnes étaient prises. Des postes sanitaires étaient créés pour le diagnostic des maladies contagieuses et le contrôle permanent de la peste murine. Des stations sanitaires étaient destinées au triage rapide des passagers pour le dépistage des suspects de maladies contagieuses.

³⁶⁷Cf. *JOS*, 1944, Arrêté n° 1366 S.S. relatif à l'autorisation administrative à accorder aux voyageurs quittant le Sénégal, pour se rendre à la circonscription de Dakar et vice-versa, p. 216.

³⁶⁸ANS, 2G44-11, *op. cit.*, p. 187.

CHAPITRE IV : L'HYGIÈNE DES COLLECTIVITÉS

À l'époque coloniale, l'hygiène des collectivités était reconnue comme une priorité. Elle comprenait l'ensemble des mesures sanitaires de prophylaxie et de traitement s'adressant aux écoliers, aux travailleurs, aux prostituées, à la main-d'œuvre pénale, et également les mesures qui visaient à assainir les agglomérations urbaines et rurales. Grâce au respect de quelques règles d'hygiène, on devait stopper la « dégénérescence de la race indigène » anéantie par les fléaux des maladies et des épidémies pour, ainsi, disposer de la main-d'œuvre physiquement apte à accroître les volumes de matières premières agricoles exigés par les industries métropolitaines³⁶⁹.

Dans ce chapitre, nous allons traiter successivement de l'hygiène des écoles, des prisons, de la main-d'œuvre, des secteurs urbaine et rural et de la surveillance médicale de la prostitution.

A- L'hygiène des écoles

L'école paraissait le moyen de diffuser de la manière la plus sûre, la plus intelligente et la plus durable les conseils d'hygiène pour sauver la « race »³⁷⁰. C'est ainsi que l'enfant, dès son entrée à l'école, était soumis à un examen médical complet, puis en cours d'année à un ou plusieurs examens de santé. Il recevait tous les soins médicaux nécessaires³⁷¹. Dans tous les postes où se trouvait une école, le dispensaire proche recevait les malades et le médecin avait dans ses attributions le contrôle de l'hygiène scolaire. La médecine scolaire avait pour but le dépistage précoce des affections contagieuses (tuberculose, lèpre, etc.), ainsi que l'application de certaines vaccinations comme le BCG. En outre, la collectivité scolaire, relativement stable, favorisait les enquêtes épidémiologiques et nutritionnelles et permettait la distribution régulière de médicaments antipalustres. Enfin, le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire de masse était un facteur important qui n'était pas négligé, et qui était, au contraire, exploité par tous les moyens. Dans certaines communes, il existait un Bureau Municipal d'Hygiène qui s'occupait entre autres activités, des vaccinations et revaccination de la population (variole, fièvre jaune, etc.)³⁷². L'organisation de la surveillance médicale des écoles de la colonie du Sénégal était réglée par l'instruction n° 18/5 du 26 janvier 1939 du Gouverneur général de l'AOF. La colonie du Sénégal était divisée en 41 arrondissements médico-scolaires groupés en deux secteurs placés sous la surveillance d'un médecin. Des cours d'hygiène et de prophylaxie étaient dispensés suivant un programme approuvé par le directeur de la santé publique pour les élèves³⁷³. En plus des soins médicaux et de l'application des mesures d'hygiène et de prophylaxie usuelle, trois visites en cours d'année contrôlaient l'état physique des écoliers et les classaient selon leur aptitude à l'éducation physique.

³⁶⁹B. Niang, *op. cit.*, p. 132.

³⁷⁰ANS, 2H39 (26), *op. cit.*, p. 38.

³⁷¹ANS, 2G48-14 (2), AOF, Rapport annuel, p. 131.

³⁷²L. Lapeyssonnie, *op. cit.*, p. 250.

³⁷³ANS, 2G45-8 (2), *op. cit.*, p. 159.

Chaque écolier était doté d'une fiche médicale pédagogique pendant toute sa scolarité portant tous les renseignements nécessaires au médecin exécutant de même que les observations médicales issues de la consultation³⁷⁴.

Dans la circonscription de Dakar, les écoles étaient inspectées deux fois chaque année, une fois au cours de l'année scolaire (contrôle de l'état sanitaire et des vaccinations) et une autre fois avant l'ouverture des classes (contrôle de l'état des locaux désinfectés). Tous les jeudis soirs à l'IHS avait lieu à tour de rôle la présentation des élèves des écoles officielles en vue du contrôle de l'état sanitaire et du dépistage des maladies épidémiques³⁷⁵. Cette visite était effectuée par les élèves de la quatrième année de l'École de Médecine de Dakar, sous la surveillance du médecin-chef de l'IHS, en coordination avec le service de l'enseignement. En décembre 1939, en raison des épidémies de méningite cérébrospinale sévissant dans les colonies voisines, et du passage fréquent des troupes venant de ces colonies, la vaccination anti-méningococcique avait eu lieu dans toutes les écoles de Dakar. Il était pratiqué 2.845 vaccinations à deux piqûres et 250 vaccinations à une seule piqûre³⁷⁶.

En dehors de Dakar et Dépendances, les écoles du Sénégal étaient divisées en trois catégories : les écoles de Saint-Louis, les écoles des chefs-lieux de cercles et les écoles rurales.

A Saint-Louis, le lycée Faidherbe et l'école primaire supérieure Blanchot avaient chacune leur médecin spécialement attaché, qui s'y rendait trois fois par semaine pour passer la visite médicale et donner soins aux petits malades. En ce qui concernait, les écoles des cercles, le service d'hygiène était tenu obligatoirement de donner son avis sur les plans de construction de toute école publique ou privée qui sera également visitée avant l'utilisation des locaux. Et enfin, à propos des écoles rurales, le contrôle médical était assuré par le médecin le plus proche au cours des tournées périodiques. Dans les cas les plus sérieux, il faisait appel à l'infirmier du dispensaire le plus voisin et dans les cas graves au médecin de l'arrondissement médico-scolaire alerté par téléphone³⁷⁷. Les soins étaient donnés par des moniteurs qui disposaient, à cet effet, des cantines médicales scolaires³⁷⁸.

Par arrêté n° 3521/S.S.M. du 7 octobre 1942³⁷⁹, le Gouverneur général Boisson créait le Service Général de l'Inspection Médicale des École (SGIME) en AOF et au Togo. Le SGIME intégrait dans la liste de ses prérogatives l'obligation de la vaccination et de la revaccination pour tout élève et maître fréquentant les établissements scolaires. Il s'y ajoutait le contrôle des résultats de l'éducation physique et de sports. Les autorités sanitaires expliquaient les motifs d'une telle

³⁷⁴ANS, 2G42-18 (2), *op. cit.*, p. 119.

³⁷⁵ANS, 2G36-21, *op. cit.*, p. 81.

³⁷⁶ANS, 2G39-12 (2), *op. cit.*, p. 70.

³⁷⁷ANS, 2G39-14 (2), *op. cit.*, pp. 132-133.

³⁷⁸ANS, 2G48-14 (2), AOF, *op. cit.*, pp. 31-32.

³⁷⁹ANS, 1H105 (163), *op. cit.*, p. 2.

création en ces termes :

« Dans le grand mouvement d'hygiène et d'assistance sociale qui s'organise actuellement en Afrique française, la jeunesse scolaire doit avoir sa part. La nécessité de la protéger et de la suivre s'impose d'une façon particulièrement pressante. Si l'on veut sauvegarder l'avenir de la race, il est indispensable de surveiller attentivement la croissance de l'enfant, non seulement pendant les premières années de la vie, mais aussi pendant la période scolaire. C'est là le but de l'Inspection Médicale des Écoles »³⁸⁰.

Le SGIME³⁸¹ comprenait la surveillance sanitaire de tous les établissements scolaires publics, libres ou privés et le contrôle périodique du fonctionnement normal des organes, de la croissance régulière de l'organisme physique et des facultés intellectuelles de l'enfant ; la prophylaxie des maladies transmissibles, y compris les vaccinations et revaccinations obligatoires ; le contrôle des résultats de l'éducation physique et sportive ; l'inspection semestrielle des locaux, du matériel scolaire et des installations sanitaires. Le SGIME faisait des visites médicales dans les écoles. Chaque écolier était examiné deux fois par an, en général au cours du premier trimestre et du troisième trimestre de l'année scolaire. Pour réduire au minimum le trouble apporté dans le fonctionnement des écoles par ces visites médicales, un tableau indiquant les jours et heures des visites dans les différents établissements scolaires était dressé au début de l'année scolaire par le chef du service de l'enseignement, après entente avec le médecin inspecteur des écoles. Ce tableau était diffusé par le service de l'enseignement à tous les directeurs d'établissements scolaires. Ceux-ci faisaient établir par les professeurs ou les instituteurs la liste complète des élèves par classe avec indication du nom, prénom, date et lieu de naissance, domicile, écoles antérieures s'il y avait lieu. Ces listes étaient groupées par écoles et envoyées à l'Inspection Médicale des Ecoles deux ou trois jours avant la visite médicale projetée³⁸².

À côté de ces visites effectuées dans les écoles, il existait parallèlement des visites à domicile. Celles-ci concernaient les élèves dont la gravité de la maladie nécessitait un traitement à domicile. Elles étaient assurées par des médecins désignés à cet effet, mais aussi par des médecins privés ou des infirmières-visiteuses. Elles offraient au personnel médical des écoles des occasions de donner d'utiles conseils ou des renseignements sur les précautions à prendre en matière d'hygiène et de prophylaxie dans le milieu où vivait l'enfant. Ce qui importait dans l'étude de la prévention en

³⁸⁰ANS, 1H105 (163), *op. cit.*, p. 1.

³⁸¹Voir I. Coly, « *L'hygiène scolaire au Sénégal 1942-1960* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 2004-2005, pp. 50-56.

³⁸²ANS, 1H105 (163), *op. cit.*, pp. 1-3.

milieu scolaire, c'était la transmission de notions d'hygiène très simples mais aussi très utiles aux enfants. L'aspect préventif n'était pas négligé même dans les programmes d'études instaurés dans les écoles³⁸³. Le dépistage de la tuberculose était effectué par la pratique systématique de la cuti-réaction et complété dans les centres hospitaliers par la radioscopie pulmonaire. Au Sénégal, il existait une organisation de radiologie mobile qui permettait l'examen radiologique des écoliers des villages. C'était au cours de l'année scolaire 1949-1950 que les premières campagnes de vaccination par le BCG avaient été lancées dans la Fédération³⁸⁴. Au cours de l'année 1952, 75.783 consultations étaient données à 18.275 consultants, sur un nombre total de 34.253 élèves au Sénégal. L'hygiène des locaux scolaires, la surveillance des cantines scolaires et de la nourriture qu'on y servait faisaient l'objet de contrôles fréquents par le SGIME. Les cantines scolaires étaient développées au maximum, afin que « *l'écolier, très souvent mal nourri chez lui, reçut une ration alimentaire nécessaire à son développement* »³⁸⁵.

En outre, l'importance des soins dentaires avait retenu également l'attention des autorités sanitaires. À Saint-Louis par exemple, le Service Dentaire Social (SDS) était créé au début du mois d'avril 1953. Ce service, confié à un chirurgien dentiste contractuel chargé d'assurer entre autres, des soins dentaires des personnels relevant de l'assistance médicale gratuite, l'hygiène, la prophylaxie et les soins dentaires des écoliers. À cet effet, des visites de dépistage étaient organisées dans les établissements scolaires³⁸⁶.

B- L'hygiène des prisons

Les prisons coloniales étaient nombreuses au Sénégal. Jusqu'en 1944, en dehors des prisons dakaroises, trois camps pénaux existaient au Sénégal, destinés à recevoir les détenus condamnés à plus de deux ans de prison : Camp A (Thiès) pour les condamnés à moins de cinq ans, Camp B (Fatick à Lindiane) pour les condamnés à plus de cinq ans et le Camp C (Kelle) pour les condamnés dangereux, récidivistes et irréductibles. Le service médical des prisons était assuré par les médecins des circonscriptions médicales qui s'y rendaient pour consulter les malades incapables de se déplacer. Les détenus gravement atteints étaient amenés au dispensaire sous la conduite d'un gendarme ou d'un garde de cercle et y recevaient les soins que nécessitait leur état. Les malades qui ne pouvaient pas être traités sur place, étaient hospitalisés à la formation sanitaire³⁸⁷.

À Dakar, il existait une prison mixte où le service médical était assuré par un médecin militaire. La visite était bihebdomadaire. Des chambres munies de barreaux étaient installées à

³⁸³M. Guèye, *op. cit.*, pp. 83-84.

³⁸⁴ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, p. 17.

³⁸⁵*Ibidem.*, ANS, 2G52-13 (2), *op. cit.*, p. 116,

³⁸⁶Voir Annexe 6, p. 149.

³⁸⁷ANS, 2G39-14 (2), *op. cit.*, pp. 133-134.

l'Hôpital Principal de Dakar, à l'HCI et à l'Ambulance du Cap-Manuel pour le traitement des détenus gravement malades³⁸⁸. Des mesures étaient prises en ce qui concernait l'alimentation des prisonniers, l'hygiène corporelle, l'hygiène collective et les mesures prophylactiques (vaccinations antipesteuses, antivariolo-amariles, antitypho-paratyphoïdiques étaient accordées aux détenus), l'habillement était convenable³⁸⁹. La ration alimentaire type était par jour et par homme : 250 grammes de viande, 400 grammes de riz, ou 800 grammes de mil. Pour les détenus effectuant des travaux de force : 350 grammes de viande, 1 kilogramme de mil, ou 500 grammes de riz³⁹⁰.

Cependant, dans ces camps pénaux, le colonisateur français était surtout hanté par le développement économique. En effet, le rôle de ces camps pénaux était d'alimenter les chantiers de routes en main-d'œuvre pénale. Ainsi, en 1944, un camp pénal était créé dans le même sens, celui de Kaolack, pour donner une main-d'œuvre suffisante à la Société des Salins du Sine Saloum et lui permettre de fournir du sel à toutes les colonies de la Fédération (sauf le Sénégal et Dakar). La production atteignait 45.000 tonnes. Des salins étaient installés à trois kilomètres de Koutal, sur la route de Kaolack à Nioro. En principe, 300 détenus travaillaient trois mois aux salins (d'avril à juin), neuf mois aux carrières. Les prisonniers employés aux salins et aux carrières recevaient la ration des travailleurs de force, les autres la ration normale. Le menu était le suivant : matin : niébés, bœuf ; soir : riz, bœuf. Il faut se rappeler que les travailleurs de force étaient les victimes déguisées des « travaux forcés » interdits dans les colonies par la Société des Nations (SDN) peu après sa création en 1920, mais que la France ne respectait pas jusqu'à la Loi du 11 avril 1946 connue sous le nom de « Loi Félix Houphouët-Boigny »³⁹¹. Les détenus étaient traités dans le dispensaire et dans l'infirmerie de la prison.

Toutefois, d'après le chef du service des Travaux publics, le rendement de ces camps pénaux était extrêmement médiocre. D'ailleurs, certaines années, on y relevait une mortalité anormale³⁹².

³⁸⁸ANS, 2G39-12 (2), *op. cit.*, p. 70.

³⁸⁹ANS, 2G36-21 (2), *op. cit.*, pp. 83-84.

³⁹⁰ANS, 2G48-20 (2), *op. cit.*, p. 152.

³⁹¹H. d'Almeida-Topor, *L'Afrique*, Paris, Le Cavalier Bleu, 2008, p. 54.

³⁹²ANS, 1H37 (13), Note sur l'état sanitaire dans les camps pénaux du Sénégal du médecin-colonel Guillaume.

Tableau 13 : Le rendement des prisons en 1948

Localités	Nombre de détenus	Consultations	Hospitalisations	Rations alimentaires	Avitamino-ses	États des locaux
Bas-Sénégal	14	78	160	Normale	0	B.E.
Diourbel	357	1.533	27	Normale	-	Insuffisant
Kédougou	192	381	-	Normale	0	Très propre
Podor	274	470	1	Normale	0	Bon
Tambacounda	52	572	19	Normale	3	-
Sédhiou	30	20	0	Normale	0	Mauvais
Ziguinchor	281	1.674	9	Normale	0	Bon
Louga	89	1.845	10	Normale	0	Bon
Kaolack	-	28.611	200	-	-	-
Totaux	1.289	35.184	426	Normale	3	-

Source : 2G49-11 (2), Rapport annuel, p. 137.

Comme le montre ce tableau, les effectifs des détenus, les consultations, les hospitalisations varient considérablement. Ces fluctuations difficiles à cerner étaient inhérentes aux libérations de détenus et aux nouvelles incarcérations notées au cours de l'année. Le nombre de détenus de la prison de Kaolack était inconnu car elle était destinée à recruter une main-d'œuvre abondante pour mieux alimenter les salins. Comme le montre le nombre de consultations et d'hospitalisations effectuées par les détenus, si des progrès étaient réalisés en matière de l'alimentation dans les autres prisons, c'est tout à fait le contraire dans celle de Kaolack. Par ailleurs, dans certaines prisons, l'état des locaux laisse à désirer.

C- L'hygiène de la main-d'œuvre

La disponibilité de force de travail était une condition nécessaire à la réussite de l'entreprise d'exploitation coloniale. Cette force de travail devait être en état de travailler et de produire d'autres générations de travailleurs. L'abondance de bras disponibles, l'exigence de leur entretien et la nécessité de leur renouvellement dans une situation de pénurie traduisaient la complexité de la problématique coloniale de la mise en valeur. Ainsi, la question démographique, sanitaire et médicale renfermait une dimension stratégique certaine pour la réalisation des objectifs économiques du projet colonial. Donc, les travailleurs étaient obligatoirement soumis à une visite médicale ayant pour but de constater qu'ils étaient sains, robustes, avaient l'âge requis et étaient aptes au travail à fournir. Ils recevaient des vaccinations antivarioliques et suivant les circonstances les diverses vaccinations préventives reconnues nécessaires par le service de santé de la colonie³⁹³.

³⁹³ANS, 1H30 (26), Extrait de l'arrêté général du 19 mars 1926, Hygiène du travail, prophylaxie et soins médicaux, p. 1.

Au Sénégal, les chantiers étaient ceux des travaux publics et ceux du chemin de fer du Dakar-Niger. En outre, pour les Travaux publics, il existait trois chantiers importants en 1947 : celui de Mission d'Aménagement du Sénégal (MAS) à Richard-Toll, celui de Makhana-Boundou et celui de Massara-Foulane. Les deux premiers avaient un petit dépôt de médicaments tenu par le chef de chantier et approvisionné aux frais des T.P. par le service de santé sous contrôle du médecin-chef de la circonscription médicale. Le chantier de la MAS était situé dans la subdivision de Dagana et le médecin africain s'y rendait fréquemment. En 1947, le service médical était assuré par un médecin africain et un infirmier de l'AMI. Le médecin africain de Dagana, lors de ses tournées bihebdomadaires, faisait des consultations aux travailleurs des chantiers. En 1947, il avait donné 8.621 consultations à 5.085 consultants. Il avait évacué environ huit travailleurs sur Saint-Louis. En effet, le nombre de consultations était de 8.115, répartis comme suit : paludisme : 1.100, dysenterie : 260, affections respiratoires : 660, affections digestives : 1.900, affections chirurgicales : 1.600, affections médicales : 1.600, affections vénériennes : 42, affections syphilitiques : 378, organes des sens : 480, méningite cérébrospinale : 1 décès, affections cutanées : 73, ver de guinée : 2, rougeole : 19 (dont un décès). Chaque travailleur possédait une fiche médicale détaillée. Les travailleurs étaient pesés périodiquement. À la suite d'une visite systématique, certains sujets étaient retenus en vue d'être présentés devant la commission de référence³⁹⁴.

Le chemin de fer Dakar-Niger possédait à Thiès une Organisation Sanitaire Autonome avec un médecin capitaine hors-classe remplacé à la mobilisation par un assistant médical russe. Il y avait peu de main-d'œuvre dans le secteur de Rao (Saint-Louis). Les chantiers de la route internationale Sénégal-Guinée (cercle de Tambacounda) étaient organisés par l'autorité militaire qui avait détaché un médecin-lieutenant des T.C.³⁹⁵. À Dakar, deux camps des travailleurs, l'un à Yoff (effectif moyen : 911), l'autre à Colobane (effectif moyen : 591) fonctionnaient sous le contrôle médical du service d'hygiène. La station de Diorbivol disposait d'une salle de visite et d'une infirmerie avec une infirmière du cadre local détachée de Matam. On avait mis 2.000 travailleurs à la disposition du réseau pour l'exploitation des coupes de bois. Ils étaient répartis en sept chantiers. La surveillance des malades ou blessés graves était confiée aux médecins de l'AMI, voisins des secteurs de Guinguiné, Kaffrine, Koungheul, Tambacounda. Les travailleurs des chantiers les moins importants étaient consultés au cours des tournées rurales³⁹⁶. La plantation de Cisal de Ouassadou (Cercle de Tambacounda) occupait 100 ouvriers pendant l'hivernage et 400 pendant la saison sèche. Elle était visitée chaque semaine par le médecin du cercle. Elle disposait d'une infirmerie et de médicaments usuels³⁹⁷. L'état sanitaire de ces travailleurs agricoles saisonniers

³⁹⁴ANS, 2G47-75, *op. cit.*, pp. 77-78.

³⁹⁵ANS, 2G45-8 (2), *op. cit.*, p. 159.

³⁹⁶ANS, 2G42-18 (2), *op. cit.*, p. 200.

³⁹⁷ANS, 2G39-14 (2), *op. cit.*, pp. 133-134.

s'était montré très satisfaisant en 1946. À Kaolack, leur nombre était particulièrement faible, 100.000 environ pour l'ensemble du cercle contre 300.000 en 1945 et 370.000 en 1944. D'après le médecin-chef de Kaolack, ce faible contingent s'était aisément fondu dans la population locale ; il avait bénéficié des mêmes bonnes conditions alimentaires et l'état sanitaire était excellent³⁹⁸. Il est important de souligner que les navétanes venus du Soudan, de la Guinée et de la région du fleuve n'étaient pas systématiquement consultés à l'arrivée. Des mesures très strictes étaient prises pour une visite de dépistage, le contrôle des vaccinations pour s'assurer que ces travailleurs touchaient une ration alimentaire normale et étaient employés dans de bonnes conditions de l'hygiène³⁹⁹. Mais l'organisation sanitaire des subdivisions de Kaffrine et de Kounghoul était renforcée par l'installation de petits dispensaires ruraux édifiés par les soins de la Société de Prévoyance du Saloum en certains points choisis des « Terres-Neuves ». Ainsi, étaient créés les postes S.P. de : M'Boss, Mabo, Niéby, Maleme-Hoddar, Dianké, N'Diobène, N'Ganda, Diao, tenus par un infirmier détaché de la circonscription médicale de Kaolack et contrôlés périodiquement par les médecins européens et africains de la circonscription⁴⁰⁰.

Tous les ans, de février à mars, les journaliers indigènes des différentes entreprises et sociétés recevaient la vaccination antipesteuse et au besoin la vaccination antivariolique au service d'hygiène. L'immigration des navétanes en provenance du Soudan ou la Guinée, faisait l'objet d'un contrôle sévère. Une sorte de centre d'accueil était installée à Tambacounda, sous la direction des médecins et l'aide d'un agent technique de santé, d'infirmiers et d'agent d'hygiène. Les opérations de dépistage, de vaccinations et de contrôle de vaccinations étaient menées⁴⁰¹. En effet, le nombre de vaccinations pratiquées était de 26.121 en 1951⁴⁰² et 13.978 en 1952⁴⁰³.

L'amélioration de la situation alimentaire était la base de l'amélioration sanitaire. Ainsi, selon docteur Goine, médecin-chef de Kaolack : « *L'alimentation est à la base de tout. Que la soudure soit bonne, que le navétane mange à sa faim et il n'y aura plus de bouffis et de cachectiques* »⁴⁰⁴. Ce qui montre que l'indigène devait être nourri et soigné pour mieux travailler.

D- L'hygiène urbaine et rurale

***L'hygiène urbaine** reposait tout entière sur les dispositions du décret du 14 août 1904 sur la protection de la santé publique en AOF. Le comité central consultatif de l'hygiène publique était créé par arrêté local du 26 mars 1930. Il siégeait à Saint-Louis. En effet, l'assainissement et la

³⁹⁸ANS, 2G46-11 (2), *op. cit.*, p. 149.

³⁹⁹ANS, 2G48-20 (2), *op. cit.*, p. 152.

⁴⁰⁰ANS, 2G45-8 (2), *op. cit.*, p. 160.

⁴⁰¹ANS, 2G50-15 (2), *op. cit.*, p. 125.

⁴⁰²ANS, 2G51-15 (2), *op. cit.*, p. 165.

⁴⁰³ANS, 2G52-13 (2), *op. cit.*, p. 118.

⁴⁰⁴ANS, 2G45-8 (2) *op. cit.*, p. 160.

salubrité des immeubles, la démolition et la dératisation des secteurs, la prophylaxie des maladies transmissibles, la surveillance de la voirie et de la salubrité urbaines étaient régulièrement poursuivies. Le comité consultatif d'hygiène de la colonie et les commissions locales d'hygiène de chaque cercle comprenaient non seulement des représentants du service de santé, mais aussi des vétérinaires, des fonctionnaires des travaux publics et de l'administration. Ces organismes veillaient à ce que des règlements d'hygiène soient respectés notamment ceux ayant trait à l'assainissement des localités, à la salubrité des immeubles, à la création d'industries insalubres et à la lutte contre les maladies épidémiques ou endémo-épidémiques. Dans tous les centres importants, existait un service de la voirie chargé de la salubrité de la voie publique et de l'évacuation des nuisances, le service d'hygiène n'intervenait qu'à titre de contrôle et de conseil technique. L'arrêté 2067/SS du 29 juin 1938 organisant le comité consultatif d'hygiène de la colonie du Sénégal était complété par l'arrêté 1041/A.P.A. 3 du 11 avril 1942. Cet organisme comprenait sous la présidence du Secrétaire général les chefs du service de santé, du service zootechnique, des travaux publics, un représentant de l'autorité militaire et un chef de province. Dans chaque circonscription des commissions locales composées de représentants des mêmes services veillaient à l'application des règlements d'hygiène notamment au point de vue de l'assainissement des localités, de la salubrité des immeubles, de la création des industries insalubres. Dans tous les centres, un service de voirie dont dépendait pour beaucoup l'hygiène de la ville, assurait la propreté et l'entretien.

La surveillance alimentaire était du ressort du service zootechnique qui possédait des représentants dans la plupart des centres. Les analyses des denrées alimentaires : vins, vinaigres, huile, lait, farine, conserves, étaient pratiquées par le laboratoire des fraudes à l'Institut Pasteur de Dakar. Dans les villes importantes de la colonie, l'alimentation en eau potable était assurée par le Service des Travaux publics chargé de l'adduction d'eau dans les villes. L'eau distribuée était, en principe, saine. Des analyses chimiques et bactériologiques étaient effectuées périodiquement et selon le degré de pollution de l'eau. À Kaolack, grande ville, qui n'avait cessé de croître, l'aménagement d'une distribution d'eau potable était un souci constant pour les autorités administratives et médicales. Envisagée depuis longtemps, cette adduction d'eau était réalisée : deux forages profonds de type « système Layne » étaient effectués.

L'évacuation des matières fécales dans les villes sénégalaises était rudimentaire. Le système du tout à l'égout ou les fosses septiques était rare. Le moyen d'évacuation le plus courant était la tinette mobile transportée à dos d'homme ou par charrette. À Saint-Louis et dans les grosses agglomérations du Sénégal, l'enlèvement des ordures ménagères se faisait par camions automobiles. Aux transports terrestres par automobile s'étaient substitués des transports par voie d'eau, au moyen de pirogues transportaient les ordures à quelques kilomètres de Saint-Louis où elles étaient brûlées

dans des incinérateurs. Il était assuré par le service de la voirie, sous la surveillance du service hygiène. À Kaolack, en 1949, 10 millions de crédits étaient consacrés à l'édification d'aires cimentées pour le dépôt des ordures ménagères et au creusement de nombreux canaux de drainage.

Grâce à l'effort fourni par la Municipalité (balayage et enlèvement régulier des poubelles et des ordures ménagères), la voie publique urbaine de la ville européenne de Dakar était maintenue en état de propreté satisfaisant. Toutefois, il n'avait pu être de même pour les rues sablonneuses de la Médina où le service d'hygiène avait dû recourir à l'incinération sur place des tas d'ordures amoncelés aux carrefours⁴⁰⁵. Le développement de l'hygiène urbaine restait subordonné au développement de l'urbanisme : installations des systèmes d'adduction et de stérilisation des eaux potables, extension du réseau des égouts et de travaux de drainage⁴⁰⁶.

***L'hygiène rurale** était le prolongement de l'hygiène urbaine. La protection du milieu urbain contre les endémies et les épidémies impliquait une surveillance constante du milieu rural sénégalais, surveillance portant non seulement sur l'hygiène mais également sur la morbidité et la mortalité pour le dépistage précoce des cas de maladies pestilentiennes ou contagieuses épidémiques.

Toutefois, dans la plupart des agglomérations de la colonie du Sénégal, l'hygiène rurale était à peu près inexistante. Le Gouverneur général, dans sa circulaire n° 342/APA 2 du 4 décembre 1941, appelait l'attention des Commandants de cercles, sur l'état d'insalubrité des villages de la colonie du Sénégal, qui en comparaison de ceux des autres colonies laissaient beaucoup à désirer du point de vue de l'aménagement et de la tenue. Cette circulaire traitait en particulier des points suivants : hygiène de la case, enlèvement des ordures ménagères, protection des puits, protection des greniers, éloignement des cultures, etc.

Cependant, malgré certaines difficultés, cette situation sanitaire des villages avait tendance à s'améliorer depuis la création des groupes sanitaires mobiles locaux de Dakar, Kaolack, Saint-Louis et Thiès qui, passaient de village en village, ordonnaient l'exécution de travaux d'hygiène tels que le damage des cases, l'enlèvement des ordures, la recherche et la destruction des gîtes à larves de moustiques, le débroussaillage des abords immédiats du village, le drainage ou le comblement des mares, etc.⁴⁰⁷. Ces travaux de prophylaxie antipesteuse et antiamarile se confondaient avec les travaux d'hygiène générale. L'action prophylactique du groupe sanitaire mobile s'avérait efficace. Le damage des cases, en particulier, était chose acquise. Les progrès réalisés en matière d'hygiène dans le cercle de Thiès s'étaient étendus aux autres cercles comme Louga, Kaolack en particulier, où l'équipe mobile faisait douze tournées par an dans toutes les agglomérations importantes de la circonscription, et touchait ainsi l'ensemble du territoire, grâce à la création de nouveaux groupes

⁴⁰⁵ANS, 2G42-19, *op. cit.*, p. 86.

⁴⁰⁶ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, pp. 13-14.

⁴⁰⁷ANS, 2G41-15 (2), *op. cit.*, pp. 164-165 et 2G49-11 (2), *op. cit.*, p. 138.

sanitaires mobiles⁴⁰⁸.

La prophylaxie antiamarile et antipesteuse se confondait, en effet, avec les travaux courants d'hygiène. Dans la zone d'endémie pesteuse, le damage avait donné d'excellents résultats et l'indigène semblait avoir compris l'utilité évidente de cette amélioration facile à réaliser et peu coûteuse qui consistait simplement à remplacer le sol sablonneux des cases par une aire d'argile ou de terre de termitière battue, damée et lissée. Le rôle des groupes sanitaires mobiles, du point de vue d'hygiène rurale, était considérable⁴⁰⁹. Une politique d'habitation était mise sur pied. Des modèles de cases, de carrés, de villages étaient proposés⁴¹⁰.

E- La surveillance médicale de la prostitution

La surveillance médicale de la prostitution était assurée par le médecin-chef du service sanitaire du port. Ce service était chargé de la surveillance médicale des Maisons de Tolérance pour visiter les pensionnaires, contrôler les déclarations de maladies vénériennes, traiter les malades non contagieux. Ce service était chargé également de la surveillance médicale des filles publiques libres et de la visite des prostituées clandestines.

-La surveillance médicale des pensionnaires des Maisons de Tolérance :

En 1944, cinq Maisons de Tolérance existaient à Dakar : Bar Lily Cernay, Excelsior Bar, Aux Parisiennes, American Bar et Alhambra. En dehors de Dakar, une Maison de Tolérance était à Saint-Louis. Les pensionnaires des Maisons de Tolérances étaient examinés deux fois par semaine, le mardi et le vendredi. Le service était assuré d'une part par un médecin des T.C. hors-cadre chargé du service sanitaire de la municipalité, d'autre part par un médecin de la marine nationale⁴¹¹. Au cours de ces visites, il était procédé à l'examen de la région vulvo-anale du vagin, du col utérin et de la muqueuse anale. La peau et les régions ganglionnaires étaient aussi examinées. Toute érosion, ulcération ainsi que tout écoulement suspect donnaient lieu à des prélèvements, adressés pour examen à l'Institut Pasteur de Dakar⁴¹². Le travail de l'intéressée était suspendu, et dès la communication du résultat de l'examen microscopique par l'Institut Pasteur de Dakar, suivant le diagnostic clinique, la reprise à l'activité était autorisée ou non. La personne concernée pouvant même être hospitalisée dans les cas graves. Les résultats de ces visites étaient consignés sur le registre spécial existant dans chacune des Maisons de Tolérance et sur les cartes individuelles des pensionnaires. Et pour cela, un fichier était dressé, chaque pensionnaire possédant une fiche sur

⁴⁰⁸ANS, 2G48-20 (2), *op. cit.*, p. 152.

⁴⁰⁹ANS, 2G39-14 (2), *op. cit.*, pp. 140-141.

⁴¹⁰ANS, 2G42-18 (2), *op. cit.*, p. 204.

⁴¹¹ANS, 1H29 (26), *op. cit.*

⁴¹²ANS, 2G44-7 (2), Rapport sur la surveillance de la prostitution, annexe, pp. 188-190.

laquelle étaient mentionnés le résultat des visites, les prélèvements pratiqués et leurs résultats, les prises de sang, les hospitalisations, les traitements suivis, les déclarations de la maladie vénérienne par laquelle elle était incriminée comme partenaire.

-Pour ce qui était de la surveillance médicale des filles publiques, quelques prostituées indigènes se présentaient à la visite régulière pendant quelques mois, puis abandonnaient cette contrainte. Les prostituées indigènes n'étaient, par conséquent, surveillées qu'accidentellement. Elles étaient présentées à la visite du médecin par la police qui les appréhendait, soit au cours d'une rafle, soit pour l'ivresse publique, soit à la suite d'une déclaration de maladie vénérienne les concernant. Le nombre de femmes adressées au médecin et examinées était de 135 et le nombre de femmes hospitalisées après cet examen était de 45 en 1944 contre 32 hospitalisées pour 62 femmes en 1943⁴¹³. La surveillance sanitaire des Maisons de Tolérance avait donné des résultats satisfaisants, étant donné le faible nombre de contagions observées par rapport à celui très élevé des usagers.

Toutefois, si la surveillance de la prostitution européenne était contrôlée, elle en était autrement pour celle indigène pour des raisons d'ordre politique ou religieux, coutumes indigènes, changement de nom⁴¹⁴.

En conclusion, l'hygiène des collectivités avait occupé une place de choix dans la politique sanitaire coloniale. Des mesures sanitaires de prophylaxie et de traitement s'adressaient aux écoliers, aux travailleurs, à la main-d'œuvre pénale, aux prostituées. Les mesures visaient à assainir les agglomérations urbaines et rurales, et à améliorer les conditions d'hygiène pour le bien être de la population.

Toutefois, l'hygiène publique telle qu'elle était conçue par le pouvoir colonial se préoccupait davantage de la protection des Européens que l'épanouissement intégral et sans exclusive de toutes les composantes sociales de la colonie. C'est pourquoi, il s'agira toujours de rappeler à l'ordre l'enlèvement indigène qui constituait une menace réelle pour la santé de l'Européen. C'était à l'indigène « sauvage » que s'appliquaient, avant tout, les mesures initiées en matière d'hygiène⁴¹⁵.

⁴¹³ANS, 2G44-7 (2), *op. cit.* pp. 195-196.

⁴¹⁴ANS, 1H29 (26), *op. cit.*

⁴¹⁵A. Touré, *op. cit.*, pp. 231-234.

CONCLUSION GÉNÉRALE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Pour justifier l'utilité et la nécessité de la colonisation, fondées sur des raisons économiques et des politiques internationales, la France se consacrait à l'amélioration physique et morale des peuples placés sous sa domination coloniale. L'étude de la politique sanitaire dans la colonie du Sénégal, à travers le fonctionnement des services médicaux et les résultats obtenus avaient permis d'analyser l'évolution de la connaissance scientifique, le comportement des populations vis-à-vis de la médecine moderne et également de mettre en lumière les difficultés rencontrées. Cette politique sanitaire s'inscrivait dans le contexte de la « mission civilisatrice » de l'œuvre coloniale, avec pour objectifs immédiats une maîtrise des grandes endémies et une politique nataliste, gages d'une main-d'œuvre saine, abondante et bon marché pour les chantiers coloniaux.

Dans le domaine des possibilités, le service de santé se préoccupait de perfectionner une organisation sanitaire qui avait fait ses preuves :

-Par le développement des organismes de médecine curative, avec l'aide des budgets locaux, du budget général du FIDES : modernisation des formations sanitaires existantes, réalisation des projets de construction de grands hôpitaux modernes, de maternités, de dispensaires, des lazarets, des léproseries, des hyposeries, des centres de recherches, etc.

-Mais surtout dans un pays, où plus de la majorité de la population était rurale par le développement de l'organisation mobile de prophylaxie, de dépistage et de traitement. L'œuvre si féconde du SGHMP, qui avait remplacé le SGAMS, jouissait d'une autonomie complète. Le SGHMP qui contrôlait une population aussi nombreuse, avait étendu son action dans le milieu rural de la colonie pour la protection contre les grandes endémies par les vaccinations antiamariles, antivarioliques, antituberculeuses, etc. et également avec la mise en place de la PMI. En quelques années et malgré les énormes difficultés nées de la guerre, il avait pu accomplir une tâche considérable et obtenir des résultats notables. Le SGHMP était l'instrument idéal pour l'exécution des grandes enquêtes sanitaires si fécondes en résultats, relativement aux études démographiques à celles concernant l'alimentation et la nutrition africaines, etc.

Ainsi, les campagnes de masse de vaccination de traitements contre les maladies avaient donné d'excellents et fructueux résultats. Les grandes et meurtrières endémies et épidémies avaient reculé⁴¹⁶ grâce aux groupes sanitaires mobiles, avec le concours de l'OMS, de l'UNICEF, du FISE, de la FAO, etc. Par ailleurs, les œuvres des services de protection de l'enfant et de la mère (PMI) avaient contribué à la réduction des forts taux de mortalité grâce à l'éducation des femmes (puériculture). Les activités médicales continuèrent à se résumer à l'exécution des mesures d'hygiène, de salubrité et d'assainissement intéressant la protection de la population. Elles consistaient également à assurer dans les agglomérations rurales et urbaines, le dépistage des maladies endémiques, épidémiques et à appliquer instantanément toutes mesures propres à les

⁴¹⁶C. Teraud, *La Colonisation*, Paris, Le Cavalier Bleu, 2008, pp. 79-80.

combattre et à empêcher leur extension. L'objectif était de développer chez les populations autochtones, sous la direction des médecins, les notions élémentaires d'hygiène en particulier la surveillance de l'hygiène des enfants pour lutter efficacement contre les causes de la mortalité infantile. L'état sanitaire de la main-d'œuvre pénale, des prisonniers et des prostituées était surveillé. En outre, la police sanitaire aux frontières n'avait pas été négligée. Elle avait permis d'assurer par voie terrestre, aérienne et maritime la sauvegarde de la colonie du Sénégal de la pénétration des maladies épidémiques pouvant entraver le projet de la mise en valeur.

Le rôle du personnel sanitaire européen était triple : de recherche, de pratique et d'enseignement. Ainsi, il avait su instruire le personnel sanitaire africain dans les écoles de formation sanitaire. Ensemble, leurs efforts s'étaient intensifiés essentiellement vers une médecine de brousse, curative sans doute mais surtout préventive⁴¹⁷.

L'œuvre sanitaire avait participé à la réduction considérable de la mortalité qui caractérisait la démographie africaine, réduction qui contribuait à l'accroissement de la population de la colonie du Sénégal. Ainsi, la population globale de la colonie était passée de 1.683.672 en 1939, à 1.739.073 en 1944, à 2.237.224 en 1954⁴¹⁸ à 4.000.000 en 1960⁴¹⁹.

Cependant, la France avait surtout comme but son propre enrichissement à travers son expansion coloniale planétaire. Le principal fondement de l'œuvre colonisatrice était l'amélioration physique de la race colonisée. L'objectif de cette assistance médicale était d'avoir des collaborateurs pour la mise en valeur coloniale. Il était plutôt question de mettre l'indigène dans des conditions d'existence pour avoir une main-d'œuvre devant s'investir au maximum dans l'œuvre coloniale. Ce n'était donc pas par humanisme que l'on initiait et exécutait le programme sanitaire mais par simple utilitarisme. La santé de la population indigène n'intéressait l'administration coloniale que dans des cas exceptionnels souvent marqués par la propagation d'épidémies graves qui risquaient d'hypothéquer la bonne marche de l'exploitation coloniale. L'action médicale était donc une action calculée en fonction des intérêts de la France. Les limites de la mise en valeur étaient évidentes. Les services sanitaires créés par l'administration coloniale, étaient développés prioritairement en milieu urbain, en fonction de critères économiques, pour l'essentiel réservés aux allogènes et à la population autochtone engagées dans la production, étaient difficilement accessibles aux masses populaires qui se contentaient de quelques services sanitaires ou des groupes sanitaires mobiles qui fonctionnaient dans des conditions très précaires⁴²⁰. A cela, s'ajoute l'insuffisance numérique des personnels sanitaires. La priorité dans le cadre de cette action médicale fondée sur des considérations discriminatoires, était accordée à la protection des Européens vis-à-vis des maladies

⁴¹⁷ANS, 1H49 (163), *op. cit.*, pp. 19-20.

⁴¹⁸Voir Annexe 2, p. 146.

⁴¹⁹<http://www.asnom.org>, *op. cit.*

⁴²⁰I. Ciss, *op. cit.*, p. 305.

qui faisaient des ravages au sein de la population indigène. Selon Jean Suret-Canale : « *Ce qui pouvait être fait en direction de la masse des populations n'était qu'une goutte d'eau dans la mer et on y pensait qu'en fonction des épidémies risquant d'atteindre les Européens* »⁴²¹.

Pour la réalisation de ce travail, nous avons trouvé quelques difficultés d'interpréter en détail les multiples et riches tableaux statistiques. S'y ajoute la difficulté de spécifier le rôle et l'évolution des innombrables services médicaux et des centres de formation. En outre, nous n'avons pas pu aller au fond d'une analyse comparative des personnels européen et indigène dans leurs formations, leurs statuts, leurs fonctions et prérogatives, leurs rémunérations, et leurs prestiges, etc.

Si la santé a été une des priorités du projet colonial, de nos jours, elle reste encore l'une des priorités des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) consistant à réduire la pauvreté dans le monde d'ici à 2015. En effet, trois OMD sur huit concernent la santé. La question qui se pose est de savoir si le Sénégal parviendrait à réduire de 2/3 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD-4), à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle (OMD-5) et à stopper la propagation du VIH/sida, du paludisme, de la tuberculose (OMD-6)⁴²² ?

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

⁴²¹J. Suret-Canale, *Afrique noire occidentale et centrale. L'ère coloniale (1900-1945)*, Paris, éd Sociales, 1971, p. 505.

⁴²²Cf. au journal *Le Courrier*, édition spéciale OMD, N.E. - août 2010.

Annexes

Annexe 1 : Entretien avec Mamadou Djiméra, 74 ans (né en 1937), rencontré à Keur Massar (Dakar) le 25 avril 2011.

Mody Kanté : Pouvez-vous vous présenter d'abord ?

Mamadou Djiméra : Je m'appelle Mamadou Djiméra, je suis né à Koungny en 1937. J'ai fréquenté l'école française à Bakel, avant de devenir instituteur et aller à la retraite. À propos de l'entrée à l'école, avant c'était la force. Parce que mon village est un village de marabouts, ses enfants ne devaient apprendre que le Coran.

M.K. : Que connaissez-vous de la médecine coloniale ?

M.D. : La médecine coloniale, c'est un peu difficile à en parler. Quand les colons étaient arrivés, ils nous avaient trouvés dans notre situation. Nous avions des guérisseurs. Et quand ils arrivaient dans une localité, avant d'innover, ils se basaient d'abord sur les actes des populations pour voir comment ils se soignaient. Après, ils introduisaient leurs méthodes. C'était comme ça que ça évoluait.

A cette époque, les maladies dominantes étaient d'abord le paludisme. Il n'y a pas autre chose. On nous amenait des colivets, des nivaquines, les principaux médicaments que nous utilisions. Il peut arriver qu'il y ait des épidémies. Quand une épidémie survenait, une équipe médicale arrivait dans le village. Parfois, on disait qu'on mettait le village en quarantaine (c'est-à-dire pendant quarante jours, personne ne sort, personne ne rentre) pour que la maladie ne se propageait pas à travers toutes les contrées. En ce moment, ils étaient entrain de traiter la maladie. Voilà donc l'intervention de l'administration coloniale concernant cette situation là. Les dispensaires n'étaient pas nombreux, les petits villages n'en avaient pas.

M.K. : Est-ce que la médecine traditionnelle était là ?

M.D. : Pendant cette époque, la médecine traditionnelle était présente partout. En milieu soninké, la plupart du temps, c'étaient les vieilles dames qui étaient des pédiatres. Elles avaient une expérience de soins et elles aidaient beaucoup les populations. Le matin de bonheur, toutes les femmes qui avaient des enfants malades faisaient le défilé devant une vieille dame qui soignait à partir des plantes, des incantations. Parfois, les guérisseurs bambaras venaient en milieu soninké, ou bien on apprenait qu'ils étaient quelque part, on s'en allait. Il y avait un endroit à Bamako par exemple qu'on appelait Djikoroni, où tout le monde allait se soigner là-bas. À Djikoroni, on soignait la lèpre, la conjonctivite. La plupart du temps, on se dirigeait vers le Soudan français. C'était le lieu où il y avait beaucoup de guérisseurs.

M.K. : Existait-il un dispensaire à l'époque dans le cercle de Bakel ?

M.D. : Durant toute l'époque coloniale, il n'existait que quatre dispensaires dans le cercle de Bakel (dispensaires de Bakel, de Yaféra, de Diawara et de Moudéry). Les autres villages avaient eu des dispensaires après l'indépendance.

M.K. : Les populations y accédaient comment ?

M.D. : Quand tu tombais malade, tu allais au dispensaire. Ceux de Bakel, ils étaient à proximité. Ceux des villages environnants quittaient leurs villages pour venir se soigner à Bakel. Quant tu venais, on te faisait une visite médicale. À l'époque, ce n'était même pas payant. Beaucoup d'infirmiers avaient servi dans cette localité.

M.K. : Quelles étaient motivations de l'administration coloniale en faveur de la bonne santé de la population ?

M.D. : D'abord, quand ils arrivaient, ils nous inculquaient les notions d'hygiène qui étaient leur activité principale. Parfois même quand ils arrivaient dans un village, ils ameutaient les populations à nettoyer le village, à racler tout ce qui était saleté. Ils initiaient les populations à aller aux dispensaires et à ne pas se recroqueviller à côté des guérisseurs traditionnels. Donc, ils propageaient le maintien de l'hygiène partout.

M.K. : Quelles étaient les maladies dominantes de cette époque ?

M.D. : Parmi les maladies dominantes, il y avait le paludisme, là il est là même jusqu'à présent. A l'époque, il pleuvait beaucoup, il y avait beaucoup d'arbres. Il y avait aussi la syphilis, la conjonctivite, la rougeole, la coqueluche. Je me rappelle quand nous étions à l'école en 1947, les natifs de mon village n'allaient pas à l'école car nous sommes dans un village de marabouts. On avait donné un bœuf au directeur de l'école pour nous libérer. Comme il ne pouvait pas, car c'était le Commandant de cercle qui avait fait le recrutement. Ils avaient inventé une maladie contagieuse, en disant que si nous arrivions dans l'enceinte de l'école, nous allions contaminer tous les élèves. Alors, ils avaient dit ça au village. Dès qu'on y entrait dans la cour de l'école, ils étaient mis à toucher (unh !!!) pour nous enchanter.

M.K. : Comment on soignait la peste ?

M.D. : La peste est une maladie contagieuse. Il y a la peste bovine, la peste concernant même les rats. Les rats propageaient la peste un peu partout. C'était une maladie courante. Elle existait dans toutes les zones. Et elle faisait des ravages. La méningite cérébrospinale, ça, je l'ai vécu quand nous étions à l'école en 1950-1951. C'était une maladie qui avait envahi tout le cercle de Bakel. On

descendait de l'école avec un camarade, avant de remonter à l'après midi, il était décédé. Alors, on était à l'école, on n'apprenait rien. On nous mettait de l'huile goménolée dans les narines pour empêcher de respirer les émanations de la maladie.

M.K. : Et la fièvre jaune et la variole ?

M.D. : La fièvre jaune également se propageait, toutes les maladies étaient courantes. Il y en avait qui les soignaient traditionnellement. Mais quand vous allez au dispensaire, on vous donnait des médicaments. La variole, elle, gâte la figure du malade laissant des traces. Même, aujourd'hui, les anciens varioleux ont ces traces sur leur figure.

M.K. : Et la tuberculose et la lèpre ?

M.D. : La tuberculose était comme le paludisme, elle était là, parce qu'il y avait beaucoup d'humidité. L'humidité occasionne beaucoup de maladies contagieuses. La tuberculose était appelée « grande toux » et la coqueluche était appelée « petite toux ». En général, la tuberculose nous venait souvent des navigateurs. À l'époque, les Soninké étaient allés à l'émigration. Ils étaient les premiers navigateurs. Car, la pénétration coloniale avait commencé par le fleuve, de Saint-Louis à Kayes, pour aller chercher l'or du Bambouk. Par exemple, un bateau s'était cassé contre le rocher de mon village. À cette époque, c'était le mazoute, le charbon qui servaient de combustible aux bateaux. Quand, ils allaient dans les chantiers, ils travaillaient de façon difficile, ils revenaient souvent avec la tuberculose. La lèpre était une maladie comme les autres. Elle était dans tous les villages. Elle était soignée à Djikoroni au Soudan français. Toute personne qui avait un indice de la maladie, on l'amenait là-bas.

M.K. : Est-ce que le tétanos existait ?

M.D. : Le tétanos, on ne le connaissait pas. Pourquoi ? Les piqûres antitétaniques, on ne les connaissait pas. C'est ce que je dis aujourd'hui aux gens. Nous, notre génération, nous étions immunisés contre beaucoup de maladies. Pourquoi ? Quand tu allais dans la forêt, tu trouvais des marres, tu buvais sans filtrer, tu ne tenais pas compte de l'hygiène. Donc, en ce moment, tout ce qui va se passer, il y a beaucoup de microbes que tu vas engloutir. Ces microbes vont être dans l'organisme comme des anticorps. Ce sont ces anticorps là qui luttent contre le tétanos. Quand, vous faites des études en sciences naturelles, vous verrez le microbe du tétanos avec une houe huée. En général, on cultivait, quand tu étais blessé par une houe ou une pointe, c'était ce qui occasionnait souvent le tétanos. Pourquoi le tétanos ne nous prenait pas, parce que quand les microbes du tétanos veulent atteindre le cœur, les anticorps qui existent dans l'organisme se réveillent, ils vont immédiatement à l'encontre du microbe, ils l'entourent, ils le phagocytent. Donc, c'est fini vous êtes

immunisé, ça ne peut plus aller. En sciences naturelles, on l'appelle la barrière ganglionnaire. Mais si la barrière ganglionnaire échoue, le microbe arrive au cœur. C'est fini, il va souiller le sang et vous partez. Voilà donc, c'était comme ça. La maladie existait, mais nous, nous ne la connaissions pas.

M.K. : Que connaissez-vous des campagnes de vaccination ?

M.D. : Chez nous, les campagnes de vaccination se faisaient périodiquement selon les cas de maladies qui se présentaient. Étant une zone très enclavée, les équipes de vaccination partaient par le fleuve Sénégal. C'étaient des pirogues, des vedettes, autrement dit des pétrolettes à moteur. Il y avait des groupes comme ça qui faisaient des vaccinations de village en village. Ils sillonnaient tout Gajaaga. On luttait contre certaines maladies par la vaccination, c'était l'exemple de la variole.

Tu sais la vaccination c'est quoi ? C'est introduire la maladie dans l'organisme de celui qui n'est pas malade. Lorsque le virus de la maladie arrive, le vaccin qui est à l'intérieur attaque immédiatement la maladie. C'est une forme d'échange. Exemple : quand quelqu'un est atteint par la variole, on peut prendre le liquide de la variole qui est sur le front du varioleux et on l'injecte sur front de la personne saine. Si maintenant, la variole veut l'attaquer ce qu'on l'a inculqué se réveille et l'attaque. Voilà la vaccination. C'est ce que nos ancêtres utilisaient pour se protéger contre la variole. On avait connu la vaccination sans le nom.

M.K. : Les maladies ont-elles été éradiquées ?

M.D. : Les maladies n'étaient pas éradiquées. D'abord, il y a eu le problème de proximité. Les dispensaires n'étaient pas nombreux. Les gens ne pouvaient pas accéder à ces dispensaires à tout moment. Donc, l'éradication de ces maladies était très difficile. Ça continuait à persister. Même de nos jours avec l'évolution, il y a des maladies qui sont ancrées et qui ne partent pas.

M.K. : Que pensez-vous de la question d'hygiène ?

M.D. : L'hygiène concernait les aliments. Les populations protégeaient les aliments. Nos villages sont des villages riverains. Les gens se lavaient bien. Mais, l'administration coloniale nous prenait pour des dégoûtants. Elle avait fait de l'hygiène la priorité. Parce que, quand tu rentrais à l'école, la première chanson qu'on te faisait chanter, c'était une chanson d'hygiène. On vous faisait chanter l'eau :

« Vive l'eau ; vive l'eau. Qui nous lave, nous rend beau. Un petit enfant bien sage doit se laver chaque jour, etc. »

Nous étions tous d'accord que l'administration coloniale nous enseignait à nous laver. Et nous, les écoliers, on nous faisait aimer l'hygiène. L'administration coloniale était convaincue que

l'introduction de l'hygiène passait par l'éducation. Dans, les écoles, les élèves avant même d'aller dans les classes, quand on allait en gymnastique, on allait se laver d'abord. On revenait, on se mettait en rang, on rentrait propre, des habits propres, des tenues propres.

M.K. : Quelles sont les mesures sanitaires prises vis-à-vis de la mère et de l'enfant ?

M.D. : Chez nous, il n'y avait pas d'examen prénatal. C'étaient les vieilles dames qui avaient certaines connaissances. Parfois, les femmes accouchaient dans les toilettes, dans les latrines. Ces vieilles dames avaient une certaine expérience, une connaissance de l'enfant et de l'hygiène. Il n'y avait que ça. Donc, on les prévenait de ne pas faire ceci, cela. Elles donnaient des conseils aux femmes enceintes, de boire certaines décoctions ou des tisanes. L'enfant naissait toujours devant ces vieilles dames, les matrones. Elles étaient meilleures que les sages-femmes. C'étaient des kinésithérapeutes. C'est pour cela, quand il y avait un dispensaire quelque part, on avait souvent recours ces services. Les sages-femmes n'étaient pas nombreuses.

M.K. : Quelle appréciation portez-vous sur les soins de l'époque coloniale comparés à ceux d'aujourd'hui ?

M.D. : C'est une question assez délicate. Maintenant, les moyens technologiques sont là, on peut prévoir beaucoup de choses. On peut fabriquer beaucoup de médicaments. Mais, certains médicaments apportent aussi d'autres maladies. On dit c'est la civilisation, ceci, cela. Que ça soit la médecine coloniale ou la médecine actuelle, notre médecine traditionnelle a beaucoup plus d'efficacité. En général, les Chinois qui viennent chez nous, prennent nos plantes. Ils vont les transformer et ils viennent les vendre. Ils les mettent en valeur d'une autre manière. Alors que nous, nous les appliquons directement. Bref, la médecine traditionnelle aussi a sa part dans le contexte sanitaire coloniale.

M.K. : Je vous remercie.

Annexe 2 : Démographie (Population totale du Sénégal) de 1936 à 1960

Années	Européens	Africains	Total
1936	5.752	1.686.173	1.691.925
1937	7.057	1.639.317	1.666.374
1938	6.153	1.703.798	1.709.951
1939	6.611	1.677.061	1.683.672
1940	6.575	1.675.944	1.682.519
1944	7.725	1.731.348	1.739.073
1945	7.471	1.707.968	1.715.439
1946	42.518	1.898.150	1.943.668
1947	43.492	1.941.095	1.984.853
1948	41.492	1.961.229	2.002.717
1949	32.953	1.964.963	1.996.916
1950	42.389	2.059.643	2.102.032
1951	51.461	2.111.360	2.162.821
1954	46.224	2.191.000	2.237.224
1956	46.000	2.113.000	2.159.000
1960	-	-	4.000.000

Source : ANS, sous-série 2G, Rapports annuels (1936-1956) et <http://www.asnom.org>, *op. cit.*

Annexe 3 : Budgets de la colonie - Budgets de la santé de 1936 à 1956

Années	Budget de la colonie	Budget du service de santé	Pourcentage
1936	88.464.573	12.384.690,83	14,05%
1937	101.535.000	12.887.150	12,69%
1938	120.737.000	16.805.350	13,91%
1939	144.329.000	20.334.540	14,08%
1940	156.305.000	21.296.290	13,62%
1941	145.934.000	21.341.960	14,62%
1942	153.854.000	24.785.180	16,10%
1943	131.782.125	30.144.475	22,88%
1944	219.306.000	28.668.854	13,06%
1945	344.120.000	27.684.000	8,04%
1946	584.233.000	65.973.593	11,02%
1947	1.087.180.000	87.953.150	8,09%
1948	1.701.776.000	160.07.000	9,4%
1949	3.353.041.000	313.846.000	9,36%
1950	3.157.000.000	407.300.000	12,9%
1951	4.329.300.000	435.178.495	10%
1952	4.597.900.000	490.496.000	10,7%
1953	5.285.000.000	506.580.000	9,58%
1954	5.636.978.000	588.640.000	10,4%
1955	6.236.289.000	601.600.000	9,7%
1956	7.226.490.000	848.907.300	11,74%

Source : ANS, sous-série 2G, Rapports annuels (1936-1956).

Annexe 4 : Formations sanitaires de la colonie du Sénégal en 1954

Désignation des Formations	Nombre	Nombre de lits		Nombre de lits année précédente		Créations nouvelles au cours de l'année
		1 ^o catégorie	Autre catégorie	1 ^o catégorie	Autre catégorie	
-Hôpital Principal.....	1	19	409	19	409	
-Hôpital secondaire....	4	13	302	9	276	
-Formations sanitaires Principales.....	7	-	96	4	209	
-Maternités.....	38	18	597	24	403	
-Dispensaires avec hospitalisation.....	28	16	356	14	310	
-Dispensaires ordinaires.....	127	-	-	-	4	
-Salles de consultations.....	-	-	-	-	-	
-Dispensaires spécialisés.....	-	-	-	-	-	
-Dispensaires de Pédiatrie.....	-	-	-	-	-	
-Dispensaires des Vénéériens.....	-	-	-	-	-	
-Dispensaires de Tuberculeux.....	-	-	-	-	-	
-Dispensaires privés...	7	-	-	-	-	
-Dispensaires Croix-Rouge.....	2	-	-	-	-	
-Service d'hygiène.....	4	-	-	-	-	
-Lazarets.....	3	-	64	-	43	
-Hypnoseries.....	-	-	-	-	300	
-Léproseries.....	4	-	85	-	-	
		66	1909	70	1954	

Source : ANS, 2G54-65 (1), Rapport annuel, p. 13.

Annexe 5 : Rendement des maternités en 1945

Maternités	Accouchements		Total
	Européennes	Indigènes	
Hôpital Central Indigène	-	2.513	857
Hôpital Colonial de Saint-Louis	70	787	
Kaolack	-	691	
Thiès	-	661	
Diourbel	-	661	
Louga	-	507	
M'Bour	-	429	
Guinguinéo	-	349	
Fatick	-	290	
Tivaouane	-	262	
Meckhé	-	216	
Joal	-	192	
Tambacounda	-	184	
Koungheul	-	138	
Ziguinchor	-	137	
Sédhiou	-	104	
Bignona	-	100	
Matam	-	91	
Bakel	-	80	
Khombol	-	82	
Oussouye	-	60	
Linguère	-	46	
Kédougou	-	30	
Hôpital Principal de Dakar	370	63	433

Source : 2G46-11 (2), Rapport annuel : partie médicale, p. 125.

Annexe 6 : L'activité du SDS en 1953

Désignation	Adultes	Enfants des Écoles	Totaux
Consultations.....	3.196	3.754	6.950
Pansements.....	1.285	1.930	3.215
Obturations.....	506	984	1.490
Avulsions.....	1.160	836	1.996
Nettoyages.....	169	157	326
Interventions diverses...	116	84	200
Traitements divers.....	282	255	537
Radiographie.....	124	78	202

Soit 7.312 consultations représentant 7.243 actes opératoires.

Source : ANS, 2G54-63 (2), Sénégal, service de santé, Rapport annuel 1954, p. 89.

Annexe 7 : Nomenclature nosologique des maladies en AOF en 1960

Pestilentielles	endémiques et endémo-épidémiques	transmissibles communes à la métropole et à l'AOF	Sociales	sporadiques	chirurgicales	Cutanées
Variole fièvre jaune typhus murin microbiennes	Paludisme trypanosomiase amibiase dysenterie bacillaire fièvre récurrente parasitose intestinale bilharziose dracunculose onchocercose filariose lymphatique béri-béri scorbut pian et goundou ulcère phagédénique leishmaniose cutanée et viscérale goître dengue affections diverses	pneumococcies grippe méningite-cérébrospinale typhoïde et paratyphoïde polyomyélite scarlatine dyptérie varicelle rougeole coqueluche trachome tétanos rage charbon affections diverses	tuberculose syphilis blennorrhagie chancre mou lymphogranulomatose lèpre cancer éthylisme	appareil : -respiratoire -digestif -urinaire système nerveux affections diverses	Parties molles os articulations tête et cou poitrine abdomen appareil urinaire appareil génital masculin et féminin organes des sens affections diverses	dermatoses : -parasitaires -auto-toxiques diverses

Source : Bado, Jean-Paul, 1997, *op. cit.*, p. 1248.

Annexe 8 : La consultation itinérante



Source : <http://www.asnom.org/article sur Les endémies tropicales>, consulté le 19 avril 2011.

Annexe 9 : Les quelques maladies dominantes



Lèpre lépromateuse (gauche). Taches lépreuses. Lèpre tuberculoïde (droite).



Varioleux



Vésicules varioliques



Derniers stades de la trypanosomiase



Radiographie d'un tuberculeux pulmonaire



Rougeole sur peau noire



Bejel



Kwashiorkor

Source : <http://www.asnom.org/article> sur Les endémies tropicales, consulté le 19 avril 2011.

Annexe 10 : Les maladies et leurs traductions en Soninké

Les maladies	Les maladies (traduction en Soninké)
Peste	Fanké
Fièvre jaune	Foulan Watté
Variole	Badané
Paludisme	Samaman Watté
Trypanosomiase	Xenko Watté
Tuberculose	Toxu
Syphilis	Bamborso
Lèpre	Safi
Méningite cérébrospinale	Xankawa
Coqueluche	Toxoné
Varicelle	Jolimbadané
Cancer	Woromé
Blennorragie	Karakalé
Poliomyélite	Murhu Watté
Rougeole	Mécéné
Choléra	Passolé
Onchocercose	Togomané
Vert de guinée	Ségérémé
Blennorragie	Karrakallé
Dysenterie	Tokotoké
Gale	Koti
Rage	Séyiyé
Goitre	Xambolé
Dengue	Woxé
Béribéri	Yitindé
Bilharziose	Togomané
Grippe	Mulé Towoyé
Trachome	Finki

Source : Entretien avec Mamadou Djiméra, *op. cit.*

Annexe 11 : La consultation pédiatrique



Source : <http://www.asnom.org/article> sur Les endémies tropicales, consulté le 23 septembre 2011.

Sources et bibliographie

Instruments de recherches

BEAUD Michel, *L'art de la thèse*, Paris, La Découverte, 1985, 2003, 197 pages.

BECKER Charles, COLLIGNON, René, *Répertoire des textes législatifs et réglementaires relatifs à l'histoire de la santé au Sénégal, 1822-2009*, Dakar, 2010, 387 pages.

CISSE Évelyne Badou, *Répertoire des archives de la série H santé et assistance publique. Fonds Sénégal colonial, 1917-1960*, complété par Atoumane Doumbia Ndiaye, Conservateur d'archives, Dakar, 1996, 76 pages.

LACROIX Jean-Bernard, *Répertoire des Archives, sous-série 17G, Affaires politiques en AOF*, Dakar, 1975, 120 pages.

MAUREL Jean François, TENDENG Antoine, *Répertoire de la série H santé : fonds de l'AOF, réalisé par les étudiants de l'EBAD (promotion 1977)*, ANS, Dakar, 1996, 61 pages.

NDIAYE Abdoulaye Gamby, *Répertoire des Archives, sous-série 2G, Rapports périodiques – Première tranche 1895-1940*, Dakar, 2001, 448 pages.

THOMASSERY Marguérite, *Catalogue des périodiques de l'Afrique Noire Francophone (1858-1962)*, conservés à l'Institut Fondamental d'Afrique Noire (IFAN), Dakar, 1965, 117 pages.

Dossiers d'archives

Série G : Politique et Administration générale

Sous-série 2G : Rapports Périodiques, Mensuels, Trimestriels, Semestriels et Annuels des Gouverneurs, Administrateurs et Chefs de Service.

Fonds AOF

2G43-61, AOF – Direction générale de la santé publique. Rapport annuel sur l'activité des services sanitaires et médicaux, 12 pages.

2G46-6, AOF – Direction générale de la santé publique. Rapport annuel : partie administrative et partie médicale, 79 et 135 pages.

2G48-14, AOF -Direction générale de la santé publique. Rapport annuel : partie administrative et partie médicale, 36 et 136 pages.

2G53-7, AOF – Direction générale de la santé publique. Rapport annuel sur le fonctionnement du service de santé : partie administrative et statistiques et partie médicale, 61 et 52 pages.

2G56-9, AOF – Direction générale de la santé publique. Rapport annuel sur la situation sanitaire, 79 pages.

2G57-25, AOF – Service de lutte contre les grandes endémies. Rapport annuel sur l'activité du service, 258 pages + statistiques 67 pages.

2G58-9, AOF – Service de lutte contre les grandes endémies. Rapport d'activité depuis sa création par le Médecin Général Richet, 111 pages.

Fonds Dakar et Dépendances : Santé-Hygiène

2G39-12, Dakar et Dépendances (Circonscription de) – Service de santé (partie administrative et partie médicale). Rapports annuels :

- a) Service de santé (partie administrative et partie médicale), 77 plus 43 pages, 27 tableaux
- b) Hôpital Central Indigène (partie administrative et partie médicale), 22 plus 77 pages.
- c) Service d'hygiène (partie administrative et partie médicale), 22 plus 112 pages, 3 graph. photos.

2G42-19, Dakar et Dépendances – Service de santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 46 + 110 + 36 pages.

2G44-7, Dakar et Dépendances – Service de santé. Rapport annuel (1- partie administrative, 66 pages, 2- partie médicale, p. 198 pages, 3- tableaux)

2G45-4, Dakar et Dépendances – Direction locale de la santé publique. Rapports annuels, 2 vol. :

-Vol I. 1^{ère} partie : direction, 146 pages.

-Vol. II. 2^{ème} partie : service d'hygiène, hôpital indigène, hôpital principal, 218 + 133 + 31 pages.

2G45-5, Dakar et Dépendances – Service de santé. Rapports annuels : Ambulance du Cap-Manuel, dispensaires municipaux, assistance médicale indigène de Rufisque, Polyclinique de Rufisque, Service d'Hygiène de Rufisque, dispensaire de Bargny, 97 pages.

Fonds Sénégal santé publique

2G36-21 et 22, Sénégal – Service de Santé. Rapports annuels (partie administrative et partie médicale), 270 pages.

2G37-25, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel, 236 pages, 1 carte, graphiques.

2G38-20, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 190 pages.

2G39-14, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 149 pages.

2G40-19, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel, 183 pages,

2G41-15, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 39 + 54 + 76 pages.

2G42-18, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 213 pages.

2G44-11, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel, 201 pages.

2G44-94, Sénégal – Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil. Secteur spécial n° 59 Kolda. Rapports mensuels et annuel :

1- Mensuels (télégrammes-lettres) : juillet à décembre.

2-Annuels : 11 pages. 1 carte.

2G44-114, Sénégal – Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil. Secteur n° 58 Bignona. Rapport mensuels : juillet à décembre.

2G45-8, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 90 et 177 pages.

2G45-79, Sénégal – Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil. Secteur spécial n° 59 Haute Casamance. Rapports mensuels (télégrammes-lettres).

2G46-11, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 97 et 168 pages.

2G47-13, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative), 20 pages.

2G47-75, Sénégal – Service de Santé. Circonscription médicale du Bas-Sénégal et bureau municipal d'hygiène de Saint-Louis, Rapport annuel, 103 pages.

2G48-20, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 77 pages.

2G49-11, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 114 et 153 pages.

2G50-15, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 115 et 138 pages.

2G51-15, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 134 et 178 pages.

2G52-13, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 136 et 132 pages.

2G54-65, Sénégal – Service de Santé. Rapport annuel (partie administrative et partie médicale), 95 et 100 pages.

2G56-157, Sénégal – Zone de pleine campagne de lutte antipalustre. Programme 1956. 2ème rapport semestriel, 24 pages, 1 carte, 2 graphiques.

Sous série 17G : Affaires politiques AOF

17G160 (28), Politique indigène – Plan de développement social et économique, ravitaillement des populations indigènes 1939-1940.

17G231 (104), Documentation – Rapport sur l'hygiène et la santé publique en AOF (février 1949).

Série H : Santé

Sous-série 1H : Affaires Médicales

1H5 (1), Rapports des services médicaux : 1930-1943.

1H24 (26), École Africaine de Médecine et de Pharmacie – 1941-1947.

1H28 (26), Maladie du sommeil (organisation de la lutte contre) – 1930-1945.

1H29 (26), Rapports préparés par le Comité d'Hygiène et d'Épidémiologie d'Alger session de 1943.

1H30 (26), Situation sanitaire en AOF et dans les colonies voisines (anglaises, espagnoles et portugaises).

1H31 (26), Réglementation de la profession médicale (médecine, dentisterie, pharmacie) : 1921-1947.

1H37 (13), Rapports des tournées des chefs de services de santé en AOF (Fédération, Territoire).

1H49 (163), OMS : rapports fournis à l'ONU sur la santé en AOF – 1948-1956.

1H57 (163), Nomenclature médicale (carte des établissements hospitaliers des Territoires de l'AOF – 1944-1950.

1H60 (163), Correspondances concernant les rapports annuels des différents services sanitaires, 1952-1958.

1H62 (163), Gestion administrative et financière des établissements médicaux – 1926-1958.

1H63 (163), Liquidation du service de lutte contre les grandes endémies – 1958-1959.

1H69 (163), Fièvre jaune – 1927-1957.

1H70 (163), Fièvre jaune – 1940-1957.

1H73 (163), Lèpre – 1931-1957.

1H75 (163), Méningite cérébrospinale – 1938-1957.

1H79 (163), Peste – 1921-1953.

1H85 (163), Trypanosomiase – 1930-1952.

1H86 (163), Tuberculose – 1925-1959.

1H88 (163), Variole – 1941-1958.

1H92 (163), Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA) – 1946-1957.

1H93 (163), Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA) –

1952-1957.

1H95 (163), Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA) – 1954-1958.

1H96 (163), Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA) – 1955-1957.

1H98 (163), École Africaine de Médecine et de Pharmacie – 1918-1953.

1H102 (163), Protection Maternelle et Infantile – 1932-1954.

1H 103 (163), Protection Maternelle et Infantile – 1954-1958.

1H105 (163), Inspection Médicale des Écoles – 1941-1957.

1H108 (163), Service d'Hygiène – 1949-1957.

1H111 (163), Hygiène des transports aériens et maritimes – 1937-1957.

1H117 (163), Hygiène de l'eau – 1939-1957.

Sous-série 2H : Affaires Sociales

2H39 (26), Inspection générale des services sanitaires et médicaux en AOF. Enquêtes démographiques en AOF : rapport, note (1938-1939).

2H48 (26), Assistance médicale et hygiène sociale en AOF : rapport (1944-1947).

2H55 (26), Hôpital de Saint-Louis. Avant projet d'un nouvel hôpital, estimation de l'esquisse, programme établi par Guy Ferrand ; climatisation de la salle d'opération (budget FIDES), correspondances, plans (1947-1958).

2H81 (26), Centre Fédérale de Transfusion Sanguine de l'AOF. Fonctionnement, situation des crédits : textes de base, correspondance (1951-1959).

2H82 (26), Hôpital Aristide Le Dantec. Organisation et fonctionnement, situation de l'École des Sages-femmes d'État, de l'École des Sages-femmes Africaines et de l'École des Infirmiers.

2H85 (26), Services médicaux coloniaux et services hospitaliers en AOF. Fonctionnement : textes de base. (1952-1953).

2H126 (26), Assistance médicale indigène sociale et protection sanitaire des travailleurs en AOF ; organisation des services sanitaires et médicaux d'entreprise (instructions du Gouverneur Carde, application du code de travail) : texte. (1955-1957).

2H145 (26), Ministère de la santé et des affaires sociales. Lutte contre les grandes endémies, constructions de formations sanitaires en AOF (préparation du 3^{ème} plan FIDES) : Notes, procès verbaux, correspondance. (1956-1957). (in extremis).

2H150 (26), Centre hospitalier de Fann, organisation, fonctionnement : textes de base. (1956-

1959).

Articles et ouvrages

ALMEIDA-TOPOR Hélène d', *L'Afrique*, Paris, Le Cavalier Bleu, 2008, 126 pages.

ALMEIDA-TOPOR Hélène d', *L'Afrique au XX^e siècle*, Paris, Armand Colin/HER, 1993-1999, 383 pages.

ALONOU Benjamin Kokou, « Assistance médicale indigène: action humanitaire ou œuvre utilitaire ? », in *revue CAMES*, série B, vol. 007, n° 1, 2006, pp. 165-172.

ANONYME, « Revue de l'Assistance Médicale Indigène en AOF », Bulletin médical de l'AOF, Ed. GAAOF, Tome 1-FASC. 1, [1^{ère} année, 1^{er} trimestre], 1942, 258 pages.

BADIANE Latyr, « *Étude d'une structure sanitaire : De l'Hôpital Central Indigène à l'Hôpital Aristide Le Dantec de 1914 à 1968* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 2003-2004, 104 pages.

BADO Jean-Paul, « La santé et la politique en AOF et à l'heure des indépendances (1939-1960) » : 1243-1259, in : BECKER Charles, M'BAYE Saliou et THIOUB Ibrahima (sous la dir.), *AOF : réalités et héritages – sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Tome 2, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, 1997, 1259 pages.

BECKER Charles « Gestion sociale des épidémies du passé et apparition du Sida au Sénégal : Réponses communautaires du passé et problèmes éthiques actuels », in *Fonds Documentaire ORSTOM*, n° 5218, Dakar, 1994, pp.

BECKER Charles, M'BAYE Saliou et THIOUB Ibrahima, *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Tome 2, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, 1997, 1259 pages.

BECKER Charles, Collignon René, « Épidémie et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest », n° 6, Vol. 8, in *Cahier de Santé*, 1998, pp. 399-474.

BECKER Charles, DIAKHATE Moussa et FALL Aboubacry, « Répartition des ressources et équité dans l'accès à la santé : une reproduction des inégalités ? » : 81-108, in : GAYE Daffé et DIAGNE Abdoulaye (sous la dir.), *Le Sénégal aux défis de la pauvreté : les oubliés de la croissance*, Paris, Karthala, CRES et CREPOS, 2008, 376 pages.

BENOIST Joseph-Robert de, *L'Afrique Occidentale Française de la Conférence de Brazzaville (1944) à l'indépendance (1960)*, Dakar, Les Nouvelles Éditions Africaines, 1982, 617 pages.

CAMARA Fatoumata, « *La lutte contre la tuberculose au Sénégal (1924-1985)* », [Mémoire de DEA d'Histoire], UCAD, Année académique 2008-2009, 47 pages.

CARLOZ Louis François Marie, « *Géographie médicale du Sénégal* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle de Géographie], Université de Dakar, Année académique 1968-1969, 213 pages.

CHEVALIER Jacques, BLUM Claudine, BELLEVILLE Anne-Marie de, BIENTZ Michel, *Les cahiers de Médecine préventive et sociale*, Paris, Maloine S.A., 1983, 336 pages.

CISS Ismaïla, « *Colonisation et mutations des sociétés sereer du Nord-Ouest, du milieu du XIX^e à la Seconde Guerre mondiale* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], UCAD, Année académique 2000-2001, 396 pages.

Colloque sur le thème « AOF : esquisse d'une intégration africaine, Dakar, 16-23 juin 1995 » Résumé des communications. Dakar, Primature, Secrétaire Général du Gouvernement/Direction des Archives, 182 pages.

COLY Idrissa, « *L'hygiène scolaire au Sénégal 1942-1960* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 2004-2005, 119 pages.

COQUERY-VIDROVITCH Catherine et MONIOT Henri, *L'Afrique noire de 1800 à nos jours*, Paris, Presses universitaires de France, 1974, 466 pages.

COQUERY-VIDROVITCH Catherine, GOERG Odile, (sous la dir.), *L'Afrique occidentale au temps des Français. Colonisateurs et Colonisés, (c. 1860-1960)*, Paris, La Découverte, 1992, 460 pages.

COQUERY-VIDROVITCH Catherine, « La politique économique coloniale » : 105-140, in : COQUERY-VIDROVITCH Catherine, GOERG Odile, (sous la dir.), *L'Afrique occidentale au temps des Français. Colonisateurs et Colonisés, (c. 1860-1960)*, Paris, La Découverte, 1992, p. 134.

DIAWARA Marième Anna, « *Contribution à l'histoire des maladies dites sociales au Sénégal : La tuberculose à Dakar (1914-1945)* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 1996-1997, 135 pages.

DIENG Mamadou Moustapha, « Maladies des enfants et initiatives du pouvoir au Sénégal XIX^e-XX^e siècle » : 75-83, in *Cahiers Histoire et Civilisations*, N° 1, Dakar, UCAD, FLSH, 2003.

DIOP Ibrahima Lamine, « *Étude de la mortalité à Saint-Louis du Sénégal à partir des données d'État civil* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle de Démographie], Université Paris I, Panthéon-Sorbonne, Année académique 1989-1990, 295 pages

DIOP Magatte, « *Médecine de masse et lutte contre la syphilis et les tréponématoses au Sénégal, 1945-196* », [Mémoire de DEA d'Histoire], UCAD, Année académique 2008-2009, 62 pages.

FAYE Cheikh Faty, « *La vie quotidienne à Dakar de 1945 à 1960. Approche d'une opinion publique* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], Paris VII, Année académique 1989-1990, 576 pages.

FAYE Valy, « *Le dynamisme du peuplement dans les régions arachidières du Saloum : l'exemple du Saloum oriental (Kaffrine) de 1891 à 1960* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], UCAD, Année académique 1998-1999, 378 pages.

GAYE Daffé & DIAGNE, Abdoulaye (sous la dir.), *Le Sénégal aux défis de la pauvreté: les oubliés de la croissance*, Paris, Karthala, CRES et CREPOS, 2008, 376 pages.

GUEYE Maodo, « *Étude des épidémies à Dakar (1900-1945). Les mesures sanitaires, la prévention et les conséquences démographiques* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 1994-1995, 151 pages.

GUEYE N'Goné, « *Étude d'une profession médicale : Les Sages-femmes du Sénégal de 1918 à 1968* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 2002-2003, 123 pages.

HISTOIRE AU PRESENT (Association), *Maladies, médecines, et sociétés : approches historiques pour le présent : actes du VI^e colloque d'Histoire au présent*, Volume 2, Paris, L'Harmattan, 1993, 294 pages.

HOUEMAVO Aimée (ép. Grimaud), « *Les médecins africains en AOF : Étude socio-historique sur la formation d'une élite coloniale* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], Université de Dakar, Année académique 1979, 145 pages + annexes.

HUARD Pierre et LAPIÈRE Jacques, *Médecine et santé publique dans le tiers monde*, Paris, Éditions du Centurion, 1981, 235 pages.

LABUSQUIERE René, *Santé rurale et médecine préventive en Afrique. Stratégie à opposer aux principales affections*, Bar-le-Duc (Meuse), Presses de l'imprimerie Saint-Paul, 1974, 437 pages.

LAPEYSSONNIE Léon, *Éléments d'hygiène et de santé publique sous les tropiques*, Paris, Gautier et Villards, 1970, 366 pages.

MARTIN Jean, *Lexique de la Colonisation française*, Paris, Dalloz, 1988, 395 pages.

M'BAYE Elhadji Mamadou, « *Étude d'une profession de santé : Les infirmiers au Sénégal de 1889 à 1968* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 2001-2002, 114 pages.

NANA Mathias « *Esquisse de la politique sanitaire coloniale et de l'action médicale en Haute Volta (1905-1960)* », in : Histoire au présent (Association), (sous la dir.), *Maladies, médecins et sociétés : approches historiques pour le présent : actes du VI^e colloque d'Histoire au présent*, Volume 2, Paris, L'Harmattan, 1993, 294 pages.

NDAO Mor, « *La santé de l'enfant au Sénégal à l'époque coloniale. Le cas des maladies éruptives : la variole et la rougeole de 1930 à 1960* » : 85-95, in *Cahiers Histoire et Civilisations*, N° 1, Dakar, UCAD, FLSH, 2003.

NDIAYE Ahmeth, « *La formation du personnel médical en AOF : un aspect d'intégration sanitaire* », in Colloque sur le thème « *AOF : esquisse d'une intégration africaine*, Dakar, 16-23 juin 1995 » Résumé des communications. Dakar, Primature, Secrétaire Général du Gouvernement/Direction des Archives, pp. 136-137.

NDIAYE Ahmeth, « *La formation du personnel africain de la santé en AOF* » : 1190-1202, in : BECKER (C.), M'BAYE (S.) et THIOUB (I.) (sous la dir.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Tome 2, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, 1997, 1259 pages.

NIANG Boubacar, « *La politique coloniale de gestion des personnels indigènes de l'administration publique de la fin de la conquête à la veille de la deuxième guerre mondiale – 1890-1939. Le cas de*

la colonie du Sénégal », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], UCAD, Année académique 1998-1999, 430 pages.

PALES Léon, « L'organisation d'enquête pour l'étude anthropologique des populations indigènes de l'AOF (Alimentation-Nutrition) », Bulletin médical de l'AOF, Ed. GGAOF, Tome 3, FASC.1, [3^{ème} année, 1^{er} et 2^{ème} Trimestre], 1946, pp. 19-20.

PAM, Amadou Aly, « *Fièvre jaune et choléra au Sénégal : histoire des idées, pratiques médicales et politiques officielles (1816-1960)* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], UCAD, Année académique 2004-2005, 261 pages.

PAYET M. & SANKALE, M., *Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes en Afrique noire*, Paris, Masson & Cie, 1968, 223 pages.

PELTIER M., « Vaccin et vaccination anti-amarils. Pratique de la méthode dakaroise en AOF », Bulletin médical de l'AOF, Tome 3, FASC. 2, [3^{ème} année, 3^{ème} et 4^{ème} Trimestre], n° 2, 1946, pp. 192-196.

RICOU, « Le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de l'AOF », Rapport annuel, 1942, 111 pages.

SARR Seiny, « *La tuberculose dans la Circonscription de Dakar et Dépendances, 1924-1960* », [Mémoire de Maîtrise d'Histoire], UCAD, Année académique 2008-2009, 125 pages.

SARRAUT Albert, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot, 1923, 675 pages.

SENE Moustapha, « *Épidémies et politiques sanitaires au Sénégal de 1920 à 1960 : exemple de la fièvre jaune et de la maladie du sommeil (trypanosomiase)* », [Mémoire de Maîtrise d'histoire], UCAD, Année académique 1990-1991, 194 pages.

SURET-CANALE Jean, *Afrique noire occidentale et centrale. L'ère coloniale (1900-1945)*, Paris, Éditions Sociales, 1971, 636 pages.

TARAUD Christelle, *La Colonisation*, Paris, Le Cavalier Bleu, 2008, 126 pages.

TOURE Abdoulaye, « *Fiscalité indigène et dépenses d'intérêt social dans le budget du Sénégal 1905-1946* », [Thèse de Doctorat de Troisième cycle d'Histoire], UCAD, Année académique 1990-1991, 427 pages.

VIDAL Laurent, FALL Abdou Salam, GADOU Dakouri (sous la dir.), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques : paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte-d'Ivoire*, Paris, L'Harmattan, 2005, 328 pages.

Textes législatifs et réglementaires relatifs à l'histoire de la santé

-Journal Officiel de l'AOF (JOAOF) :

JOAOF, 1939, Arrêté 2443 S.S.M. du 31 août 1939 portant la répartition en secteurs spéciaux et annexes des territoires de l'AOF contaminés de la maladie du sommeil, pp. 193-195.

JOAOF, 1939, Arrêté n° 342 S.S.M. portant création du service autonome de la maladie du Sommeil, pp. 163-164.

JOAOF, 1948, Arrêté n° 1407 S.P. du 29 mars 1948 créant au sein du SGHMP une section « paludisme », p. 457.

JOAOF, 1951, Arrêté n° 529 S.P. du 26 janvier 1951 relatif à la création de l'école d'infirmiers et infirmières d'État, p. 158.

JOAOF, 1954, Arrêté n° 992 S.P. du 10 février 1954 portant organisation de l'établissement dénommé « Hôpital Central Africain » qui prend le nom « Hôpital Aristide Le Dantec », pp. 271-274.

JOAOF, Décision 792E du 24 janvier 1957 portant désignation des chargés de cours des matières figurant au programme du doctorat de médecine (1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années), p. 304.

-Journal Officiel du Sénégal (JOS) :

JOS, 1939, Arrêté n° 342 S.S.M. portant création d'un service autonome de la maladie du sommeil, pp. 162-164.

JOS, 1939, Arrêté n° 2743 S.S.M. portant répartition en secteurs spéciaux et annexes des territoires de l'AOF contaminés de la maladie du sommeil, pp. 817-818.

JOS, Circulaire n° 761 S.S.M. du 20 mai 1940 au sujet de la prophylaxie de la lèpre, pp. 367-368.

JOS, 1939, Arrêté n° 1633 S.S., du 24 mai 1939, organisant l'hospitalisation dans les formations sanitaires du Sénégal autres que l'Hôpital Colonial de Saint-Louis, pp. 649-650.

JOS, Circulaire n° 762 S.S.M. du 20 mai 1940 au sujet de la lutte contre la mortalité infantile, pp. 368-371.

JOS, 1944, Arrêté n° 1366 S.S. relatif à l'autorisation administrative à accorder aux voyageurs quittant le Sénégal, pour se rendre à la Circonscription de Dakar et vice-versa, p. 216.

JOS, 1949, Arrêté n° 4696 A.P.A. /1 du 28 septembre 1949, pp. 766-767.

JOS, 1958, Arrêté n° 7752 M.S.P. portant organisation d'un Service Territorial d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie dans le cadre du Ministère de la santé publique et de la population, pp. 834-835.

Témoignages oraux

Interlocuteur n° 1 : Mamadou Djiméra, né en 1937 à Koughany (Bakel) (74 ans), rencontré à Keur Massar (Parcelles Assainies, Unité 15), Instituteur à la retraite, le 25 avril 2011.

Interlocuteur n° 2 : Madame Touré née Marie NGom, née en 1929 à Dakar (82 ans), rencontré à Reubeuss (rue Mangin X Reims), Sage-femme africaine à la retraite, le 28 avril 2011.

Interlocuteur n° 3 : Ahmédoune Fall, né en 1944 à Sakal (Louga) (67 ANS), rencontré aux Parcelles Assainies (Plateau Médical, Unité 25), Infirmier d'État à la retraite, le 6 mai 2011.

Interlocuteur n° 4: Ahmadou Moustapha Sow, né en 1931 à Saint-Louis, (80 ans), rencontré à Dieuppeul (à la Polyclinique Elhadji Malick Sy), Professeur de médecine à la retraite, le 6 juin 2011.

Interlocuteur n° 5 : Mamadou Diouf, né en 1934 à Bargny (Rufisque) (77 ans), rencontré à Bargny (au dispensaire Elhadji Massour Sy), Infirmier sanitaire à la retraite, le 17 juin 2011.

Interlocuteur n° 6 : Fadel Diadhiou, né en 1935 à Kédougou (76 ans), rencontré au Point-E (à son Cabinet Médical), Médecin d'Etat à la retraite, Professeur Honoraire en Gynécologie obstétrique, le 20 juin 2011.

Interlocuteur n° 7 : Lassana Biné Timéra, né en 1929 à Yaféra (Bakel), (82 ans), rencontré à Ouakam (Ballon n° 9, Terme Sud), Sans profession, le 14 août 2011.

Interlocuteur n° 8 : Yally Bathily, née en 1936 à Aroundou (Bakel) (75 ans), rencontré à Aroundou, Sans profession, le 28 juillet 2010.

Internet

<http://www.asnom.org>

<http://www.google.com/www.vulgaris-medical.com>

<http://www.google.com/wikipédia>

http://www.google.com/hyperweb.chez.com/vaccination/pages/glossaire_maladies.htm

Listes des cartes, tableaux et figures

-Carte :

Carte 1 : Postes médicaux au Sénégal en 1930

-Tableaux :

Tableau 1 : Le rendement de l'Hôpital Principal de 1939 à 1945

Tableau 2 : Fonctionnement et rendement de l'HCI de 1941 à 1945

Tableau 3 : L'activité de l'Ambulance du Cap-Manuel de 1941 à 1945

Tableau 4 : La capacité d'accueil des lazarets au Sénégal en 1946

Tableau 5 : Le rendement de « Goutte de Lait » de 1941 à 1945

Tableau 6 : Les secteurs spéciaux et annexes de la colonie du Sénégal

Tableau 7 : Le rendement de consultations prénatales de 1938 à 1950

Tableau 8 : Le nombre d'accouchement au Sénégal de 1938 à 1954

Tableau 9 : Le nombre de consultations postnatales de 1938 à 1950

Tableau 10 : Le nombre de consultations des enfants de 0 à 2 ans et des enfants de 2 à 5 ans de 1938 à 1949

Tableau 11 : Les vaccinations antivarioliques et antivariolo-amariles (circonscription de Dakar et Sénégal) de 1940 à 1945

Tableau 12 : Activité du Sénégal de 1939 à 1957 sur la trypanosomiase

Tableau 13 : Le rendement des prisons en 1948

- Figures :

Figure 1 : Une léproserie

Figure 2 : École de médecine de Dakar

Liste des annexes

Annexe 1 : Annexe : Entretien avec Mamadou Djiméra, 74 ans (né en 1937), rencontré à Keur Massar (Dakar) le 25 avril 2011

Annexe 2 : Démographie (Population totale du Sénégal) de 1936 à 1960

Annexe 3 : Budgets de la colonie - Budgets de la santé de 1939 à 1956

Annexe 4 : Formations sanitaires de la colonie du Sénégal en 1954

Annexe 5 : Rendement des maternités 1945

Annexe 6 : L'activité du SDS en 1953

Annexe 7 : Nomenclature nosologique des maladies en AOF en 1960

Annexe 8 : La consultation itinérante

Annexe 9 : Les quelques maladies dominantes

Annexe 10 : Les maladies et leurs traductions en Soninké

Annexe 11 : La consultation pédiatrique

Glossaire

Quelques maladies fréquentes de la période coloniale

-Charbon : étymologie : (latin), *carbo* « charbon ». Maladie infectieuse, septicémique, due au bacille charbonneux (*bacillus anthracis* ou *anthrax*) atteignant certains animaux domestiques (ruminants, chevaux, porcins, etc.) et l'homme.

-Choléra : étymologie discutée : -Première : (grec) *kholéra*, « gouttière » (allusion aux écoulements incessants des évacuations). -Deuxième : (hébreux) *cholira*, « mauvaise maladie ». Infection intestinale aiguë, très contagieuse, existant à l'état endémique en Asie (Inde), d'où elle se répand parfois en épidémies mondiales. Elle est due au vibrion *Vibrio cholerae* (Koch, 1883), et transmise par l'eau ou par contact interhumain. Le choléra est caractérisé par une diarrhée profuse et des vomissements qui entraînent rapidement un amaigrissement et une déshydratation importante, des crampes musculaires, une baisse de température, un collapsus et une anurie ; dans ses formes sévères, l'évolution spontanée est mortelle en 12 à 36 heures.

-Coqueluche : étymologie : vient du coqueluchon dont les malades se couvraient la tête autrefois. Maladie infectieuse épidémique et contagieuse, due à une bactérie (le bacille de Borget et Gengou), caractérisée par de violentes quintes de toux suivies d'une inspiration bruyant (appelée « le chant du coq »). Elle atteint surtout les enfants; son pronostic est grave chez le nourrisson.

-Diphthérie : étymologie : (grec) *diphthéria*, « membrane ». Maladie bactérienne (bacille de Loeffler) contagieuse, caractérisée par la production au niveau de certaines muqueuses (principalement larynx et pharynx) de pseudo-membrane fibrineuse où l'on trouve en grande abondance cette bactérie et par des phénomènes d'intoxication générale (paralyse, néphrite, myocardite) dues aux toxines sécrétées par la bactérie.

-Fièvre jaune ou typhus amaril : Maladie infectieuse endémo-épidémique (localisée en Afrique et en Amérique du sud), caractérisée par un début brutal avec fièvre à 40°C, de violentes douleurs (céphalées, douleurs lombaires), vomissements et congestion de la face. En 3 ou 4 jours, la fièvre tombe et, après une légère reprise, dans les formes légères, la guérison survient. Dans les formes graves, la fièvre monte à nouveau, les vomissements sanglants et l'ictère apparaissent. Cette fièvre hémorragique, dont l'atteinte hépatique et rénale entraîne la mort dans nombre de cas est due à un virus (le virus amarile) et est transmise par un moustique.

-Méningite : étymologie : *méninge*, système de membranes entourant le système nerveux central ; suffixe *-ite*, indique une inflammation. Nom générique donné à toutes les inflammations aiguës ou chroniques des méninges, quelle qu'en soit la cause (infection microbienne ou intoxication). D'où un grand nombre de méningites, causées par le méningocoque, le pneumocoque la tuberculose, les oreillons, la rage, *Haemophilus influenzae*, le saturnisme (intoxication au plomb), l'insolation, etc.

-Meningocoque (*Neisseria meningitidis*) : Variété de bactérie entraînant la méningite cérébrospinale épidémique, caractérisée cliniquement par la brusquerie du début et l'intensité de la fièvre et des phénomènes méningés : contracture de la nuque et du dos, signe de Kernig (impossibilité d'obtenir une extension complète de la jambe sur la cuisse quand le sujet est assis), délire puis coma. Son évolution spontanée est presque toujours rapide et fatale.

-Pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) : Espèce bactérienne agent de pneumonies (inflammation du poumon), de multiples infections des voies respiratoires, de méningites, de péritonites (infection généralisée du péritoine), de septicémies (infection généralisée très grave).

-Poliomyélite : étymologie : (grec) *polios*, « gris » ; (grec) *muélos*, « moelle ». Maladie virale inflammatoire de l'axe gris de la moelle épinière. Cette maladie peut prendre des formes bénignes (comme le zona) mais également des formes beaucoup plus graves de neurodégénérescence.

-Rougeole : Maladie infectieuse, contagieuse, virale, fréquente chez l'enfant, caractérisée par une inflammation des voies respiratoires supérieures, une fièvre et une éruption de taches rouges sur la peau.

-Tétanos : étymologie : (mot grec) *tétanos*, « rigidité ». Maladie infectieuse bactérienne due à la toxine d'un bacille qui se multiplie dans une plaie souillée souvent minime (clou rouillé, épine de rosier, etc.), et qui se caractérise par des contractures douloureuses qui atteignent progressivement tous les muscles du corps, entraînant assez souvent la mort du malade.

-Tuberculose : Maladie bactérienne infectieuse et contagieuse, commune à l'homme et aux animaux, due au bacille de Koch et touchant principalement les poumons. Grave autrefois, elle est devenue curable dans la plupart des cas grâce aux médicaments spécifiques.

-Varicelle : étymologie : de *varirole*. Maladie virale infectieuse et contagieuse, due à un herpès, atteignant surtout les enfants, caractérisée par une éruption cutanée de vésicules. Le virus peut

persister et provoquer plus tard un zona.

-Variole : étymologie : (latin) *variola*, « varié ». Maladie virale infectieuse et très contagieuse, caractérisée par une éruption de taches rouges devenant des vésicules, puis des pustules, laissant des cicatrices à vie. En 1978, la variole a été déclarée éradiquée de la surface de la terre par l'OMS.

Source : hyperweb.chez.com/vaccination/pages/glossaire_maladies.htm

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Table des matières

Pages

Sommaire	2
Dédicace	4
Remerciements	5
Sigles et abréviations	6
INTRODUCTION GÉNÉRALE	8
PREMIÈRE PARTIE : LES SERVICES SANITAIRES DANS LA MISE EN VALEUR	14
CHAPITRE I : LES SERVICES GÉNÉRAUX	16
A- Les hôpitaux et les ambulances	16
B- Les dispensaires	21
C- Les services d'hygiène	25
CHAPITRE II : LES SERVICES SPÉCIALISÉS	27
A- Les léproseries	27
B- Les lazarets	29
C- Les hypnoseries	30
D- Les œuvres de bienfaisance	31
CHAPITRE III : LES SERVICES SPÉCIAUX	35
A- L'Institut Pasteur de Dakar	35
B- De l'origine de l'Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA)	37
C- Le Centre Fédéral de Transfusion Sanguine (CFTS)	44
CHAPITRE IV : LES SERVICES ITINÉRANTS	47
A- Les groupes sanitaires mobiles locaux	47
B- Les groupes sanitaires mobiles du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP)	49
DEUXIÈME PARTIE : L'APPORT DU PERSONNEL DE SANTÉ ET DES ÉCOLES DE FORMATION SANITAIRE DANS LA MISE EN VALEUR	55
CHAPITRE I : LE PERSONNEL EUROPÉEN	57
A- Le personnel technique	57
B- Le personnel subalterne	61
CHAPITRE II : LE PERSONNEL AFRICAIN	64
A- Le personnel technique africain	64
B- Le personnel subalterne africain	68
C- Le personnel de service africain	72
CHAPITRE III : LES PREMIÈRES ÉCOLES	74
A- L'École Médecine de Dakar	74
B- Les écoles du service de santé	79
CHAPITRE IV : LES NOUVELLES ÉCOLES	81
A- L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dakar	81
B- De l'école des sages-femmes africaines à l'école de sages-femmes	

d'État de Dakar	82
C- L'école d'infirmiers et infirmières d'État de Dakar	83
TROISIÈME PARTIE : ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE ET HYGIÈNE PUBLIQUES	86
CHAPITRE I : LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)	88
A- La protection prénatale	88
B- La protection périnatale	90
C- La protection postnatale	92
CHAPITRE II : LA LUTTE CONTRE LES MALADIES DOMINANTES	99
A- Les maladies pestilentiennes	99
B- Les maladies endémo-épidémiques	105
C- Les maladies sociales	110
D- Les maladies transmissibles	117
CHAPITRE III : LA POLICE SANITAIRE AUX FRONTIÈRES	120
A- La police maritime	120
B- La police aérienne	122
C- La police terrestre	123
CHAPITRE IV : L'HYGIÈNE DES COLLECTIVITÉS	125
A- L'hygiène des écoles	125
B- L'hygiène des prisons	128
C- L'hygiène de la main-d'œuvre	130
D- L'hygiène urbaine et l'hygiène rurale	132
E- La surveillance médicale de la prostitution	135
CONCLUSION GÉNÉRALE	137
Annexes	141
Sources et bibliographie	153
Listes des cartes, tableaux et figures	163
Glossaire	165
Table des matières	168