



SANTE ET MALADIES EN SITUATION COLONIALE : L'EXEMPLE DU MOYEN-CONGO (1908-1958)

Scholastique DIANZINGA
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines
BP 69, Brazzaville, Congo

RESUME

Les maladies ont profondément marqué l'histoire du Congo. Leurs conséquences sur la vie des Européens amenèrent l'administration coloniale, dès le début du XXe siècle, à organiser une assistance médicale. C'est la nécessité de protéger la main-d'œuvre indigène face aux ravages causés par les maladies endémo-épidémiques notamment la trypanosomiase humaine, que l'on prit en charge la santé des populations autochtones. Dès lors que les objectifs de la politique sanitaire se fondaient sur les intérêts du colonisateur, la médecine occidentale fut imposée aux Congolais sans tenir compte des réalités du milieu. D'où la persistance de certaines maladies. Les actions préconisées par la Conférence de Brazzaville de 1944 marquent un tournant dans la politique sanitaire : de nouvelles mesures et structures de prévention et de prophylaxie furent mises en place. Le Moyen-Congo, abritant la capitale de l'Afrique Equatoriale Française (AEF) fut, à ce titre, le territoire le mieux doté en infrastructures sanitaires. Mais cette situation privilégiée n'eut pas toujours un impact réel sur la santé des populations.

Mots-clés : Afrique Equatoriale Française ; Moyen-Congo ; Trypanosomiase humaine ; Paludisme ; Politique sanitaire ; Assistance médicale indigène ; Maladies vénériennes ; Institut Pasteur de Brazzaville ; Hôpital général de Brazzaville.

ABSTRACT

The diseases have deeply marked the history of Congo. Their consequences on the European's lives led the colonial administration to organize medical assistance since the beginning of XXth century. It is the need to protect the indigenous hands in front of these devastations caused by endemic-epidemic diseases notably the human trypanosomiasis that the native health was taken into account. Since the objectives of medical policy are based on the colonizer's interests, the western medicine was forced to Congolese without any consideration of their social background: hence the persistence of some diseases. The actions recommended by the Conference of Brazzaville in 1944 are the turning point in the health policy: new preventive measures and structures were settled down. The Moyen-Congo where was located the capital city of the French Equatorial Africa was then the best equipped territory in medical infrastructures. However, this advantage did not always have a real impact on the population's health.

Key words : French Equatorial Africa ; Moyen-Congo ; Human trypanosomiasis ; Malaria ; Medical policy ; Indigenous medical assistance ; Venereal disease ; Institut Pasteur of Brazzaville ; General hospital of Brazzaville

INTRODUCTION

Au moment de l'implantation coloniale, à la fin du XIXe siècle, des écrits d'Européens (rapports et récits d'explorateurs, de missionnaires notamment) font état de graves problèmes de santé. Ils évoquent avec des propos terrifiants l'insalubrité du climat, source de maladies. Au Congo comme ailleurs en Afrique, la colonisation aggrava ces problèmes de santé, en tant que facteur de diffusion et de confrontation des maladies « nouvelles » et des épidémies. En effet, elle favorisa la circulation des populations, multipliant par là même les foyers de contamination. Les conséquences démographiques qui en résultèrent allaient suggérer une action sanitaire intégrant non seulement les intérêts économiques, mais aussi la « mission civilisatrice ». Le médecin, représentant de la science moderne, devait apporter soins et vaccins dans des régions inhospitalières. Il s'agissait en fait de faire bénéficier les colonisés des progrès de la médecine occidentale pour un objectif précis : le renforcement quantitatif et qualitatif de la main-d'œuvre. C'est à Brazzaville, capitale du Moyen-Congo et de l'Afrique Equatoriale Française (AEF), que furent implantées les principales infrastructures de l'action sanitaire. En 1908, l'institut Pasteur, instrument précieux de la lutte contre la maladie du sommeil, vit le jour. La politique sanitaire dont les véritables bases furent jetées dans les années 1930 prit un tournant avec l'application des recommandations de la Conférence de Brazzaville de 1944. Dès lors, l'administration manifesta la volonté de mettre en place une nouvelle organisation de la santé publique par un certain nombre de textes et la modernisation des infrastructures sanitaires. C'est dans ce contexte que l'on entreprit la construction d'un nouvel hôpital général à Brazzaville, fleuron de l'action médicale, inauguré en 1958.

Dans la présente réflexion nous nous proposons d'analyser les interactions entre la santé, les maladies et la colonisation. A travers l'imposition des savoirs, des thérapeutiques relevant de la civilisation du colonisateur, ce sont des formes de pouvoir sur les populations autochtones, la stratégie de domination qu'il faut tenter de saisir sur le long terme. Quel regard le colonisateur avait sur les maladies et la santé des populations autochtones ? Quels

furent les enjeux de l'organisation médicale coloniale? Comment apprécier l'efficacité technique de cette organisation ?

Cette étude qui s'inscrit dans le champ de l'histoire de la santé et de l'histoire sociale a suscité une démarche méthodologique s'appuyant sur les archives collectées au Service des archives de Brazzaville (rapports sanitaires notamment) et au Centre des Archives d'Outre-mer d'Aix-en-Provence (France) et des sources imprimées.

I.- MALADIES ET IMPLANTATION COLONIALE

Le Congo, au moment de la conquête coloniale, était perçu comme un milieu dangereux sur le plan sanitaire. Les membres des équipes des premières explorations et des missions étaient souvent victimes de diverses affections et nombre d'entre eux succombèrent sur les routes. En juin 1884, Pierre Savorgnan de Brazza ayant quitté Brazzaville épuisé par une « continuelle tension d'esprit », en fait malade, décida de prendre huit jours de repos à Ngantchou¹. Une année après, un de ses compagnons, De Lastours, succomba des suites d'une « fièvre pernicieuse »², due sans doute au paludisme. La mission fut encore éprouvée par le décès du Quartier-maître Le Briz. Dans une lettre du 8 août 1884, écrite deux jours après son arrivée à Brazzaville, Jacques de Brazza se plaignait « d'un peu de fièvre » qui l'avait « fort affaibli ». Cette fièvre s'était transformée en une « fièvre tierce », poursuivit-il. La quinine n'ayant plus d'effet sur son état, il dut recourir à la cure par l'arsenic, mais la fièvre persista. C'est après avoir campé pendant quelques jours sur la colline, sous un arbre, qu'il recouvra sa santé³. Moïse Landeroïn, interprète de la mission Marchand, lors de l'escale de Loango en août 1896, fut pris de violents maux de tête accompagnés de troubles gastriques. Si en prenant un gramme d'antypirine, il réussit à calmer son premier mal, la purge n'y fit rien

¹ Ney Napoléon, 1984, *Conférences et lettres de P. Savorgnan de Brazza sur ses trois explorations dans l'ouest africain de 1875 à 1886*, Brazzaville/Heidelberg, P. Kivouvou Verlag/Editions Bantoues, p. 239.

² Supra p. 247.

³ Supra p. 357.

pour le second. Ce n'est qu'à force de quinine et d'antypyrine qu'il put se sentir mieux⁴. Une forte fièvre empêcha le Capitaine Marchand de prendre la route des caravanes pour Brazzaville le 18 septembre 1896. Il ne rejoignit ses compagnons que quelques jours plus tard. Mais, à son arrivée au poste de Loudima, il était toujours malade : « *Il pleure, crie et se fâche. Il a avalé quelques médicaments, mais ni le laxatif ni le purgatif n'ont été efficaces* », rapporta Landeroin dans ses carnets de route le 29 septembre. Les membres durent poursuivre la route sans lui ; il n'arriva à Brazzaville que le 8 novembre 1896⁵.

C'est dans ces conditions aussi éprouvantes que les missionnaires se livraient à leur œuvre d'évangélisation. En 1893, les Sœurs de Loango exprimaient leur peine en ces termes :

*Le climat nous éprouve beaucoup, et déjà un nombre relativement grand de missionnaires, tant des Pères que des Sœurs, en ont été victimes. Pour ce qui nous concerne, nous avons perdu trois sœurs en ces trois dernières années*⁶.

En 1890, sœur Justine mourut d'une « fièvre hématurique » ; l'année suivante, ce fut le tour de sœur Casimir après une « fièvre perniciose »⁷. Deux jours après ce décès, les religieuses devaient vivre un nouveau deuil avec la mort de sœur Hélène, prise également d'une fièvre qui se compliqua avec l'apparition d'une angine⁸. La communauté des religieuses frôla en fait l'hécatombe : sur les vingt et une sœurs arrivées entre 1886 et 1900, onze avaient trouvé la mort, huit furent évacuées en France et au Gabon pour cause de maladie⁹. Face à cette situation, que l'on expliquait par l'insalubrité de l'environnement, le vicaire de

Loango, Mgr Carrie, décida, en 1900, de fermer le couvent ; les religieuses n'y revinrent qu'en 1907, mais leurs habitations furent déplacées de la colline vers la plaine.

Même si elles étaient accoutumées au climat, les religieuses africaines ne furent pas épargnées par la maladie et la mort. La première religieuse congolaise, formée par les sœurs de Saint Joseph de Cluny, sœur Marie Antoine Tchibinda décéda prématurément d'une tuberculose en 1895. Les sœurs de Saint Joseph de Cluny furent au comble du désespoir avec la mort de Sœur Pierre Claver Zoungoula en 1905 et celle de sœur Anne-Marie Kalouka en 1909, toutes deux emportées par la trypanosomiase humaine.

Typhoïde, bilharziose, dysenterie, tétanos, trypanosomiase, infections pulmonaires, etc. semaient la désolation. Mais, c'est la fièvre qui était le plus souvent évoquée dans les écrits des Européens. C'est donc à juste titre que la Mère Marie, récemment arrivée au Congo français, la qualifia de « *compagne inséparable du voyageur en Afrique* »¹⁰. Cette fièvre était, dans beaucoup de cas, due au paludisme transmis à l'homme par l'anophèle. On recourait à la quinine comme médicament prophylactique et curatif, à la moustiquaire pour se protéger des piqûres des moustiques la nuit. La présence des moustiques aggravait l'inconfort des Européens. Lors de son séjour à Brazzaville, Moïse Landeroin démoralisé par les piqûres des moustiques qui perturbaient son sommeil la nuit et l'obligeaient à se gratter continuellement le jour, décrivait le Congo français comme étant un « *sale pays où il faut souffrir d'une manière ou d'une autre* »¹¹. Il ajouta plus loin : « *On meurt facilement à Brazzaville (...). Le cimetière compte déjà 19 blancs, 19 victimes du climat du Congo* »¹².

Les Européens se plaignaient aussi du soleil qui les accablait d'une chaleur suffocante, de l'humidité, de l'alimentation à base de produits locaux, de conserves (ne

⁴ Moïse Landeroin, 1996, *Mission-Congo-Nil (Mission Marchand). Carnets de route*, Paris/Montréal, L'Harmattan, p. 18.

⁵ Supra p. 23.

⁶ Sœur Claire, 1986, *Les Sœurs de Saint Joseph de Cluny en Afrique centrale 1886-1986*, Kinshasa, Imprimerie Saint Paul, p. 26.

⁷ Supra p. 27.

⁸ Supra.

⁹ Phyllis M. Martin, 2005, « Vie et mort, pouvoir et vulnérabilité : contradictions quotidiennes à la Mission de Loango 1883-1904 », *Mémoire spiritaine*, n° 21, p. 98.

¹⁰ Ghislain de Banville, 2000, *Kalouka et Zoungoula. Les deux premières religieuses de Brazzaville au Congo 1892-1909*, Paris, Karthala, 147p.

¹¹ Moïse Landeroin, 1996, op. cit. p. 28.

¹² Supra p. 29.

pouvant trouver mieux). En outre, furu, chiques, fourmis rouges, scorpions, serpents venimeux, venaient aggraver les petites misères quotidiennes.

La santé des populations autochtones était perturbée par des maladies anciennes et nouvelles¹³. Ce sont les affections de cette dernière catégorie et les épidémies qui furent les principales causes de la diminution de la population. Le facteur essentiel de leur propagation semble être l'interaction entre le milieu et les hommes, comme le montre Abraham Ndinga Mbo :

Les longues pluies, les vents secs ou humides se font sentir sur l'organisme (...). La chaleur est un paramètre notable du milieu puisque la température moyenne est toujours supérieure à 25°C. Ces éléments géographiques agissent sur la pathologie humaine. Ils agissent aussi sur la densité des agents zoologiques, vecteurs de la maladie (...). Les rongeurs véhiculent les parasites (rickettsies). Les feux répétés perturbent les équilibres de la végétation. Les tiques vivent sur les mammifères (hippopotames, buffles,...) se trouvent en particulier dans les zones à terrains sableux. Les mollusques du type « Bulinus » vivent dans les eaux douces et stagnantes des marigots. Les vecteurs ailés comme les glossines, les anophèles ou les simulies se développent dans certains milieux...¹⁴.

Cette description que l'auteur fait du pays ngala (région septentrionale du Congo) peut être appliquée à d'autres espaces.

Les autorités administratives et sanitaires incriminaient la sous alimentation et les mauvaises conditions de vie des indigènes comme étant les principaux éléments favorisant les maladies et leur extension. Le

manioc et la banane plantain constituaient la base de l'alimentation. L'élevage étant peu développé, les organismes accusaient une carence en aliments azotés et une déficience physique. Par conséquent, les maladies avaient plus de prise sur les individus sous alimentés. A cet argument, s'ajoutait le manque d'hygiène corporelle, vestimentaire et des lieux d'habitation. Le paludisme ou malaria sévissait partout. C'était une endémie prédominante en AEF dont les conséquences se révélaient dévastatrices surtout sur les enfants entre 2 et 5 ans. Les ulcères phagédéniques occupaient, dans l'échelle nosologique, un rang élevé. Le rapport sanitaire de la circonscription des Bakougni de 1920 cite comme affections fréquentes : la tuberculose provenant des bronchites et pneumonies mal soignées (contractées dans les campements en forêt où les indigènes devaient assurer la collecte des palmistes), les rhumatismes, la dysenterie, la filariose, la gale, le pian. Chez les hommes spécifiquement, on rencontrait l'hydrocèle et la hernie¹⁵.

Cette énumération illustre bien la précarité de l'état sanitaire des populations autochtones. Certaines de ces maladies étaient mortelles, d'autres avaient plutôt des conséquences qui handicapaient la vie de l'individu affecté. C'est ainsi que la filariose sanguine occasionnait souvent des troubles sous cutanées et oculaires. Quant aux parasitoses intestinales provoquées principalement par l'ankylostome, l'ascaris et le trichocéphale, elles étaient à l'origine de l'anémie et de la déficience organique. La tuberculose, la lèpre et les affections vénériennes classées par l'administration sanitaire comme des maladies sociales étaient assez répandues dans toutes les régions. Les rapports sanitaires mentionnaient fréquemment les maladies sexuellement transmissibles, particulièrement la syphilis en raison de leurs effets sur la fécondité des femmes et la mortalité infantile.

Parmi les maladies qui prenaient parfois une forme épidémique, en premier lieu s'imposait la trypanosomiase humaine ou maladie du sommeil. Cette affection était due

¹³ On a tendance à classer dans cette catégorie la maladie du sommeil, les maladies vénériennes, le paludisme, la dysenterie, etc. qui sont, soit des maladies ignorées pendant longtemps, soit qui se sont développées, propagées, du fait des conditions de vie imposées par la colonisation.

¹⁴ Abraham Constant Ndinga Mbo, 2006, *Savorgnan de Brazza, les frères Tréchet et les Ngala du Congo-Brazzaville (1878-1960)*, Paris, L'Harmattan, p. 220.

¹⁵ Rapport sanitaire du chef de la circonscription des Bakougni, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.

aux trypanosomes transmis par la glossine couramment appelée mouche tsé-tsé. Recherchant l'ombre et l'humidité, son gîte de prédilection était les marécages et les cours d'eau. On tend à s'accorder aujourd'hui que la maladie du sommeil en Afrique est antérieure à la colonisation. Au XVII^e, les Européens révélèrent sa présence en Afrique centrale, dans la possession portugaise d'Angola sous le nom de « mal de Loanda »¹⁶. Au Congo français, c'est au moment de l'implantation coloniale qu'elle fit des ravages. Cette situation fut favorisée par le développement des voies de communication. En effet, la pénétration coloniale, en ouvrant les voies terrestres et fluviales à une grande circulation des hommes, facilita les contacts avec les vecteurs et, par là même, la propagation de l'infection. La « route des caravanes » Loango-Brazzaville, par exemple, par laquelle on assurait le ravitaillement de la colonie depuis la côte, recevait plus de 15 000 porteurs par an. En 1898, une terrible épidémie de la maladie du sommeil fit payer un lourd tribut aux localités situées sur cette route. Loudima, Madingou, Bouanza, Kimbedi furent fortement contaminées. Le village de Mfoumou Ngondo qui comptait 200 cases en 1898 n'en avait plus que trois ou quatre en 1907¹⁷. Les populations riveraines des fleuves Congo et Oubangui furent sévèrement touchées : tous les villages étaient menacés de disparition. Selon un rapport, en 1920 il ne restait plus à Liranga que 300 habitants mais, en majorité malades¹⁸. Ce sont aussi les déplacements des travailleurs et leur regroupement dans les camps de travail, pour la récolte du caoutchouc, qui créèrent les conditions de la diffusion des maladies et leur transformation en épidémies.

L'épidémie de grippe qui sévissait en Europe et s'était propagée dans le monde gagna l'Afrique Equatoriale Française en 1918-1919. Au Congo, elle toucha sévèrement les populations depuis la côte atlantique au sud du pays jusqu'à l'extrême nord (rives de

l'Oubangui). Au nombre des premières victimes à Brazzaville en 1918, le premier administrateur-maire de cette ville, Girard. Parmi les mesures adoptées, l'administration tenta d'interdire les communications entre les villages. En 1920, malgré le cordon sanitaire, lorsqu'elle atteignit la circonscription des Bakougni, dans la subdivision de Ntima, elle fit près de 500 victimes¹⁹. Dans les circonscriptions du Djoué et des Bakongo, elle aurait fait plus de 3500 morts²⁰. Sur l'espace fluvial entre Impfondo et Mossaka, 51,4 % de la population fut grippée, 16,6 % décédèrent²¹. La variole donna lieu à des poussées épidémiques de moindre intensité. Quant à la fièvre jaune, des auteurs signalent la présence de cette maladie durant la première moitié du XIX^e siècle en Afrique centrale. Mais, on n'eut des traces de la fièvre jaune au Moyen-Congo qu'à partir de 1935, date à laquelle 2 cas étaient repérés à Pointe-Noire et à Brazzaville. Deux ans après, le docteur Saleun isolait pour la première fois à l'Institut Pasteur de Brazzaville une souche locale de virus amaril.

La construction du Chemin de fer Congo-Océan qui devait relier la côte à Brazzaville s'accompagna de graves problèmes sanitaires. Ce chantier mobilisa de 1921 à 1934 une masse importante de travailleurs composée essentiellement d'hommes²². C'est la mortalité élevée, particulièrement dans les chantiers du tronçon du Mayombe, qui attira l'attention des autorités administratives et mit en branle l'opinion publique, les parlementaires en France et en AEF. La presse fit un large écho des critiques suscitées par la construction de cette voie ferrée. En effet, en dépit des incertitudes que peuvent revêtir les statistiques, les pertes en vies humaines furent lourdes. Le député Raymond Susset, après une enquête sur place, avança le chiffre de 15 à 18 000 morts

¹⁶ Jean-Paul Bado, 1996, *Médecine coloniale et grandes endémies*, Paris, Karthala, pp. 36 et 38.

¹⁷ Paul Mabiála-Bakala, 1985, *Etude socio-historique de la trypanosomiase humaine dans le Niari supérieur 1800-1950*, Mémoire de DES en histoire, Université Marien Ngouabi, p. 69.

¹⁸ Rapport annuel d'ensemble de 1920, 4 (2) D 26, Centre des archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence.

¹⁹ Rapport sanitaire du chef de la circonscription des Bakougni, op. cit.

²⁰ Georges Bruel, 1935, *La France Equatoriale Africaine*, Paris, Larose, p. 337.

²¹ Abraham Constant Ndinga Mbo, 2006, op. cit. p. 229.

²² Selon le contrat que la Société des Batignolles chargée des travaux signa en 1922 avec l'administration coloniale ; cette dernière s'était engagée à fournir 8000 travailleurs par an. Dans la réalité ce chiffre était souvent dépassé.

au total²³. Quels étaient les facteurs de cette mortalité ?

Les médecins appelés à inspecter les chantiers et les formations sanitaires ont généralement souligné l'importance des maladies pulmonaires (« bronchites », « broncho-pneumonies », « congestions pulmonaires »)²⁴. Ces affections tournaient parfois à la tuberculose qui pouvait prendre une allure épidémique du fait de l'entassement des travailleurs dans les camps. Selon les mois, la proportion des décès imputables aux affections pulmonaires oscillait d'un sixième à la moitié et au-delà pendant la saison sèche (saison fraîche)²⁵. De nombreux travailleurs étaient atteints de dysenterie bacillaire, amibienne. Le docteur Lefrou, médecin des chantiers, en 1926, attribuait à la dysenterie 24% des décès²⁶. Les médecins évoquaient aussi dans leurs diagnostics les cachexies d'origine mal déterminée (« diarrhées cachectisantes », « cachexies palustres »), les « courbatures fébriles », les rhumatismes articulaires, les accidents cardiaques, les œdèmes, la « misère physiologique »²⁷. On voyait parfois dans les œdèmes un lien avec le bérubéri. Sur 94 cas de bérubéri déclarés au cours de l'année 1926, il y eut 30 décès²⁸. A l'origine de cette maladie, un déficit de vivres qui obligeait les travailleurs à consommer beaucoup de riz. Par ailleurs, les analyses médicales révélaient souvent des infections intestinales dues à la présence des vers parasites. On soupçonnait la syphilis lorsque les malades présentaient des lésions. L'état de santé des travailleurs dans les chantiers s'était gravement détérioré surtout à cause du caractère hostile de l'environnement (cas du Mayombe, une chaîne montagneuse boisée où l'on enregistra la plus forte mortalité), de l'alimentation (manque de vivres frais, mode de préparation), la pénibilité du travail, les

mauvaises conditions de logement dans de vastes cases communes souvent en mauvais état dans les camps.

II.- LES DEBUTS DE L'ORGANISATION MEDICALE COLONIALE

Dans les premiers moments de la colonisation, l'action sanitaire visait prioritairement à protéger la santé des Européens impliqués dans l'occupation et la gestion de la colonie (militaires, fonctionnaires, colons) et, dans une certaine mesure, le personnel auxiliaire africain, face à la mauvaise réputation du climat considéré propice aux maladies tropicales. Ce sont les missionnaires qui, dès la fin du XIXe, furent les premiers à prendre en charge les autochtones malades. Ils avaient compris le rôle déterminant que pouvait jouer l'assistance aux malades dans l'apostolat : il fallait soigner le corps avant de s'occuper de l'âme. Des infirmeries et dispensaires complétaient donc les infrastructures des postes de mission. Mais on y trouvait rarement du personnel qualifié, encore moins de médecin. Les missionnaires comptaient beaucoup sur le dévouement des religieuses lié à leur instinct maternel. Après avoir prodigué les soins au dispensaire, les sœurs installées à Loango sillonnaient les villages pour dénicher des malades :

*Nous visitons les cases les unes après les autres, et nous examinons les malades qu'on nous présente ; quelques uns ont d'horribles plaies. Après les pansements, nous procédons à l'enseignement du catéchisme, ce qui n'est pas facile*²⁹.

En tout état de cause, c'est le dispensaire qui resta l'outil durablement efficace de conversion. Il était fréquenté régulièrement et on mesurait son importance surtout quand sévissaient les épidémies et les disettes. Le dispensaire des sœurs de Saint Joseph de Cluny rendait de grands services aux habitants de Brazzaville. Même si cette ville avait reçu son premier médecin, le docteur Cureau en 1892, on n'y trouvait pas encore, à cette date, de véritables formations sanitaires. Structure très modeste au départ, ce

²³ INRAP, *dossier pour l'étude du chemin de fer Congo-Océan*, Brazzaville, s.d., p. 38.

²⁴ Supra p. 40.

²⁵ Supra.

²⁶ Rapport au directeur du service de santé de l'AEF, GG 441, Archives nationales, Brazzaville.

²⁷ Pour certains médecins, ce n'était autre qu'une cachexie parasitaire due à l'ankylostome duodéal. Cf. Rapport sanitaire de Pointe-Noire, octobre 1926, GG 442, Archives nationales, Brazzaville.

²⁸ Rapport sanitaire de février 1926 du docteur Lefrou, GG 441, Archives nationales, Brazzaville.

²⁹ Sœur Claire, 1986, op. cit. p. 28.

dispensaire ouvert par la Mère Marie³⁰, peu après son arrivée en 1892, laissa la place plus tard à un petit hôpital construit avec l'appui de l'administration. En dépit des faibles moyens (constitués principalement de dons) dont elles disposaient, les religieuses y soignaient diverses affections. En mars 1905, sur 18 patients que comptait ce petit hôpital, 14 étaient atteints de la maladie du sommeil.

L'administration organisa la protection sanitaire des populations autochtones dans le cadre de l'Assistance médicale indigène (AMI). Ce service, mis d'abord en place à Madagascar en 1899, fut étendu aux colonies d'Afrique. L'AMI, selon les termes de l'arrêté du 19 décembre 1934, avait pour objet les soins aux indigènes, la protection de la santé publique par l'hygiène, la médecine sociale et la prophylaxie des maladies contagieuses et épidémiques³¹. Elle institua une prise en charge gratuite des indigents, notamment à travers les infrastructures sanitaires de ce service (hôpitaux, infirmeries, dispensaires, hyposeries, lazarets).

Ce sont les médecins de la Marine et des colonies qui créèrent, au début du XX^e siècle, les premiers postes médicaux. Les formations sanitaires qui furent implantées par la suite se caractérisaient par leur aspect modeste. Même l'hôpital colonial de Brazzaville, qui devait recevoir les malades de l'ensemble du Congo français, n'était en 1906 qu'une structure précaire, selon la description qu'en fit le colonel Mangin : « une baraque en planches. Les vérandas sont très étroites en sorte que les malades sont obligés de garder leur casque dans leur lit »³². Un nouvel hôpital, mieux équipé, fut construit en 1911 dans le cadre de l'amélioration de l'offre de soins aux populations qui avait conduit l'AMI à réaliser un maillage de formations sanitaires dans toute l'AEF. En 1912, le Moyen-Congo en comptait 23 (hôpitaux, dispensaires, infirmeries, postes

d'assistance médicale confondus). Cependant, dans bien des cas, les formations sanitaires ne répondaient pas aux normes requises. L'hôpital indigène de Brazzaville, qui était en réalité un quartier de l'hôpital colonial, manquait, dans les années 1920, de confort :

*Le bâtiment était tout en longueur, et les salles, toutes au rez-de-chaussée, étaient vastes. Les lits ? De simples cadres métalliques ; comme matelas, quelques nattes, et, couvrant le malade, une couverture militaire. L'odeur était épouvantable*³³.

Ce propos traduit manifestement les inégalités inhérentes au principe de ségrégation qui régissait l'accès aux soins. Même pour la main-d'œuvre indigène, si précieuse pour la mise en valeur des richesses locales, l'offre de soins n'était pas à la hauteur des problèmes sanitaires. En 1929, l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux, le docteur Lecomte, déplorait l'état des quatre formations sanitaires du chemin de fer de la section du Mayombe (Mboukou-Sitou, Km 93, Mboulou, Mvouti) : la première était en voie de disparition, la seconde devait être remplacée par une ambulance, la troisième comptait encore des paillotes et la dernière nécessitait des réparations, car quelques cases menaçaient de ruine et l'une d'elles s'était même effondrée. Les médicaments n'y étaient pas fournis régulièrement³⁴.

En dépit de ces insuffisances, la médecine fixe, à travers les formations sanitaires de l'AMI, s'était imposée dans l'environnement des indigènes. A l'hôpital de Sibiti, dans la circonscription de la Bouenza-Louessé, on avait soigné au courant de l'année 1920 près de 4180 malades dont 852 hospitalisés³⁵. La même année, dans la circonscription de la Likouala-Mossaka, l'infirmerie de Makoua avait reçu en consultation 433 malades et celle d'Ewo 600

³⁰ Mère Marie Dedié avait déjà travaillé une dizaine d'années à Dakar à l'hôpital militaire et dans un lazaret.

³¹ Arrêté organisant l'assistance médicale en Afrique Equatoriale Française, *Journal officiel de l'AEF* du 1^{er} janvier 1935, p. 50.

³² Jacques Clémens, 2004, *Mémoires en images. Congo-Brazzaville*, Saint-Cyr-sur-Loire, Alan Sutton, p. 101.

³³ Jean de Puytorac, 1992, *Makambo. Une vie au Congo*, Cadeilhan, Zulma p. 77.

³⁴ Rapport d'inspection sanitaire des chantiers du CFCO du Médecin Général Lecomte, GG 441, Archives nationales, Brazzaville.

³⁵ Rapport de la circonscription de la Bouenza-Louessé, 1920, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.

malades³⁶. Le rapport médical mensuel de juillet 1926 indiquait pour l'hôpital de Pointe-Noire, 1352 consultations, 66 hospitalisés et 7 décès. Quant aux deux dispensaires des quartiers africains de Brazzaville, Bacongo et Poto-Poto, ouverts en 1913, ils avaient également assuré un nombre appréciable de consultations : 941 pour le premier et 1568 pour le second³⁷. Mis à part la population indigène relevant de la catégorie des indigents³⁸, prise totalement en charge par l'Assistance médicale indigène, l'hôpital de Brazzaville et celui de Pointe-Noire accueillaient les travailleurs du chemin de fer, les tirailleurs et leurs familles. Mais pour eux, les frais médicaux étaient supportés par l'employeur³⁹.

Si ces chiffres traduisent la fréquentation plus ou moins régulière du dispensaire, de l'hôpital, on ne peut conclure à une totale adhésion des populations autochtones à la médecine occidentale. Nombre d'entre elles manifestaient encore des réticences, surtout en milieu rural. Les représentations culturelles de la maladie tendant à considérer celle-ci comme la conséquence d'une rupture de la communion avec les dieux ou les ancêtres, la guérison n'était donc possible que par la réparation de la faute commise. D'où, le recours au *nganga*, devin-guérisseur, parfois en même temps qu'on bénéficiait des soins médicaux auprès du médecin. Pour vaincre ces attitudes de nature à favoriser la persistance de certaines affections, l'administration tenta de mettre en place une « politique hospitalière » destinée à apprivoiser les indigènes attachés à leurs coutumes, notamment à évincer l'autorité du *nganga*,

concurrent redoutable du médecin blanc. Il revenait à ce dernier d'arriver à imposer un savoir-faire, un acquis scientifique contre la médecine empirique, comme le suggérait l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux civils, le docteur Fulconis, dans une note administrative sur la politique hospitalière en AEF :

Faire disparaître une éruption pianique ou une poussée de syphilis en quelques jours par le moyen de quelques injections ou de quelques comprimés donnés à bon escient, voilà qui acquiert à la médecine du « Blanc » de la notoriété, de la clientèle ; opérer un hernieux, délivrer un porteur d'éléphantiasis d'une tumeur de 15 et 20 kilos, faire d'un impotent un homme normal (...), c'est là un événement dont on parlera autour des feux et le féticheur n'y pourra contredire⁴⁰.

Cette approche met en exergue la logique de l'action sanitaire : la diffusion des normes de la civilisation européenne par le biais de la médecine. Les savoirs et les pratiques médicales furent imposés dans les conditions d'inégalités dans la mesure où, comme l'écrit Danielle Domergue-Cloarec, le pouvoir colonial a agi dans le domaine de la santé par « le placage d'idées et d'une législation purement française sans tenir compte de la société »⁴¹.

Par les soins, les vaccinations, les autorités sanitaires cherchaient à combattre efficacement les maladies, diminuer la virulence et prévenir l'extension des affections endémo-épidémiques, mais il fallait, en outre, se soucier du bien être des populations. En effet, l'administration restait convaincue que les mauvaises conditions de vie étaient à l'origine des problèmes de santé. Aussi proclama-t-elle la nécessité de promouvoir des mesures d'assistance sociale : assainir les villages, pousser les populations à varier leurs cultures vivrières pour lutter contre l'imprévoyance et développer l'élevage. En 1920, le crédit de 8000 francs, dont fut doté la circonscription de la Bouenza-Louessé, permit

³⁶ Rapport annuel sur l'Assistance médicale indigène, 1921, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.

³⁷ Rapport médical mensuel du Moyen-Congo, juillet 1926, GG 442, Archives nationales, Brazzaville.

³⁸ Les travailleurs ayant un salaire bas (inférieur à 80 francs), les employés de l'administration, les écoles publiques et privées avaient eux aussi droit à des soins gratuits, conformément à l'arrêté du 7 août 1923, GG 442, Archives nationales, Brazzaville.

³⁹ Les tarifs des journées d'hospitalisation étaient fixés à 4 francs et à 6 francs pour le travailleur indigène non ressortissant de l'AEF, à la charge de l'employeur, selon l'arrêté du 7 août 1923, supra.

⁴⁰ Note sur la politique hospitalière en AEF, GG 443, Archives nationales, Brazzaville.

⁴¹ Danielle Domergue-Cloarec, « La prévention dans la politique sanitaire de l'AOF », p. 1230, [http : tekrur-ucad.sn](http://tekrur-ucad.sn) consulté le 3 juin 2009.

de construire 10 cases sanitaires et de débroussailler les alentours de ces cases, d'acheter des outils agricoles, des animaux de reproduction⁴². L'assistance non médicale apportait alors les moyens d'améliorer l'alimentation qualitativement et quantitativement aussi bien que l'environnement des indigènes. Le poids des traditions porte à croire que ces mesures n'eurent pas toujours un impact profond sur la vie des individus puisque l'inspecteur général Alexandre Lasnet pouvait en 1929 faire observer, dans un rapport, qu'« à part la maladie du sommeil, on s'arrête peu au sort de l'indigène »⁴³.

L'importance attachée à la maladie du sommeil se justifiait par la nécessité d'éliminer les sources des maladies endémiques qui mettaient en péril la vie des Européens. Dès 1906, une mission d'étude de la maladie du sommeil avait été organisée par la Société de géographie de Paris avec le concours financier de sociétés privées et personnalités de France. Cette mission était composée des docteurs Gustave Martin, Leboeuf, médecins du Corps de santé colonial et Emile Roubaud, agrégé des sciences naturelles. Les travaux de recherche auxquels ils se consacrèrent avaient permis, au bout de deux années, de connaître l'étendue de l'endémie, d'établir les règles de la prophylaxie de la maladie. L'Institut Pasteur de Brazzaville créé en 1908 devait poursuivre de manière permanente cette entreprise. Il continua ainsi d'assumer le service médical de la trypanosomiase à Brazzaville. Un pavillon spécial affecté à l'étude de cette affection fut réservé pour l'examen de dépistage et le traitement qu'on avait réussi à mettre au point. Les indigènes venant des villages éloignés, qui ne pouvaient subvenir à leur entretien, étaient accueillis dans un centre implanté en dehors de la ville. L'AEF disposait dorénavant d'une structure spécialisée pour une véritable prophylaxie. L'organisation de la prophylaxie de la trypanosomiase avait conduit à répartir le pays en secteurs. Chaque secteur, placé sous la direction d'un médecin comprenait un service mobile avec un ou trois agents sanitaires européens et des aides indigènes pour le

contrôle et le blanchiment des populations et un ou plusieurs centres de traitement où étaient donnés les soins aux malades⁴⁴. Les directives de la Commission de la maladie du sommeil réitéraient, en 1917, l'importance du dépistage, le diagnostic précoce par l'examen du sang à l'aide du microscope. On rappela que par ce seul procédé, il était possible de déclarer, dans près de la moitié des cas, la présence des trypanosomes. Quant au blanchiment, il fut reconnu comme étant une arme puissante : *Une dose convenable d'Atoxyl fait disparaître les trypanosomes du sang périphérique : elle « blanchit » le malade que la glossine pourra alors piquer impunément, sans s'infecter elle-même*⁴⁵. Les malades incurables dans les villes pouvaient être regroupés dans des hypnoseries, pour faciliter les soins.

L'hygiène constitua l'autre volet important de lutte contre les maladies endémo-épidémiques : la prévention. Il importait de promouvoir des actions de prévention vis-à-vis de l'environnement pour rompre l'équilibre écologique nécessaire à la survie et à la reproduction des glossines responsables de la maladie du sommeil, des anophèles à l'origine du paludisme. L'hygiène fut d'abord imposée dans les villes. Les comités d'hygiène et de salubrité publique, que le décret du 14 avril 1904⁴⁶ institua, allaient jouer un rôle catalyseur. C'est pourquoi, dans chaque territoire, le comité était dirigé par l'autorité au sommet de la hiérarchie administrative, le lieutenant-gouverneur. Celui de Brazzaville comprenait comme membres, outre le Lieutenant-gouverneur du Moyen-Congo, le Chef du service de la santé, le médecin chargé du service d'hygiène, l'administrateur-maire, le Substitut du procureur, le Chef du service des travaux publics, un représentant du commandement militaire, un commerçant et un

⁴² Rapport sanitaire de la circonscription de la Bouenza-Louessé, op. cit.

⁴³ Rapport Lasnet, Affaires Politiques, carton 672, Centre des archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence.

⁴⁴Pour toute l'AEF, depuis 1927, un médecin inspecteur s'occupait de la prophylaxie, aidé par 33 médecins spécialisés travaillant dans 38 secteurs. Les médecins affectés pour la première fois en AEF devaient suivre un stage à l'Institut Pasteur de Brazzaville ainsi que les autres agents sanitaires.

⁴⁵Compte rendu de la commission de la maladie du sommeil de décembre 1917, op. cit.

⁴⁶Journal officiel de la République Française du 17 avril 1904.

notable⁴⁷. En 1909, le Gouverneur général de l'AEF, Martial Merlin recommandait dans une note circulaire le débroussaillage des alentours des quartiers africains, la séparation des quartiers européens et africains, l'hygiène de l'habitation et l'organisation méthodique des services de voirie⁴⁸. C'est en application de ce texte qu'on supprima à Brazzaville, dans la ville européenne, l'espace occupé par les Blancs, les villages indigènes « Mariage » au pied du Plateau de la Mission (où les missionnaires catholiques avaient installé les nouveaux convertis mariés religieusement) en 1920 et « Dakar », occupé par les tirailleurs, à côté du Camp militaire en 1924. Les constructions en chaume y étaient, par ailleurs, interdites⁴⁹. Le Service d'assainissement et de lutte antilarvaire et ses brigades antilarvaires, envoyés quotidiennement sur le terrain, prenaient, de manière spécifique, le relais dans la lutte contre le paludisme. S'agissant du traitement préventif, une note administrative autorisa la distribution gratuite, chaque mois aux seuls fonctionnaires européens et leurs familles résidant à Brazzaville, une dose de quinine (0,25 centigrammes)⁵⁰. Malgré ces mesures et actions prophylactiques et préventives, la situation sanitaire sur le terrain présageait un avenir incertain. Cependant, l'urgence à sauver les populations du péril des maladies demeura une mission guidée par des priorités définies en fonction des intérêts du colonisateur.

III.- EVOLUTION DE LA POLITIQUE SANITAIRE

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, une réorientation s'imposa dans la politique sanitaire. L'objectif se tourna vers des préoccupations essentiellement d'ordre démographique, car l'urgence était désormais de remédier aux dangers d'une dépopulation.

⁴⁷ Note sur le comité local d'hygiène de Brazzaville, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.

⁴⁸ Circulaire relative à l'hygiène générale des escales indigènes, *Journal officiel du Congo français*, 1909, p. 216

⁴⁹ Arrêté du 1^{er} juillet 1931 portant modification à l'arrêté du 12 décembre 1922, réglementant la voirie urbaine à Brazzaville, GG 445, Archives nationales, Brazzaville.

⁵⁰ Décision du 31 juillet 1924, *Journal officiel de l'AEF*, 15 août 1924, p 735.

En effet, la France voulait mettre à contribution ses colonies pour surmonter les graves difficultés auxquelles elle était confrontée (diminuer les achats des matières premières à l'étranger et trouver dans son empire colonial ce dont elle avait besoin). L'état sanitaire des populations autochtones devint alors une question centrale de la politique coloniale. Face au caractère alarmant que prenait la situation démographique, détériorée par les maladies endémiques et une forte mortalité infantile, elle réalisa bientôt la nécessité d'une politique de « conservation, de protection et d'amélioration » de la population indigène. L'exploitation économique, et pour le Moyen-Congo précisément la construction du chemin de fer entamée en 1921, qui en était la pièce maîtresse, en dépendait parce que, la stagnation ou la diminution de la population signifiait l'insuffisance de main-d'œuvre :

*En A.E.F. le problème essentiel, celui qui domine tous les autres est le problème humain. Sauver la race africaine de la misère physiologique et de la dégradation morale ; « faire du nègre » comme disait un docteur, mais du nègre robuste et plus "humain" telle est, notre tâche la plus haute*⁵¹.

L'assistance médicale demandait donc à être améliorée pour accomplir cette tâche. La promotion d'une politique sanitaire préventive (hygiène et dépistage) pour enrayer les grandes endémies en constitua le principal axe. Dès 1924, le Ministre des colonies, Daladier, préconisa une orientation préventive et sociale à l'assistance médicale. Celle-ci insistait sur l'obligation de ne pas limiter l'action du service de santé aux soins médicaux donnés dans les centres urbains, mais « d'entreprendre une politique sanitaire rurale de médecine et d'hygiène préventives »⁵². Il fallait désormais privilégier la médecine de masse. C'est dans ce contexte que les mesures sanitaires édictées par la circulaire du 7 mars 1937 du Gouverneur général de l'AEF recommandaient aux médecins d'organiser l'assistance médicale de manière que les populations rurales « jusqu'au

⁵¹ Note sur la femme et l'enfant indigènes en AEF, IGE, Archives nationales, Brazzaville.

⁵² Note de R. Briat sur la population en AEF, Agence FOM, carton 358, Centre des archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence.

village et à la case puissent en bénéficier »⁵³. La tournée devint, dorénavant, une des tâches essentielles du médecin. Cette méthode relevant de la médecine mobile entrainait donc dans les missions normales du personnel médical. On avait déjà compris depuis longtemps, avec l'expérience de la première équipe mobile que le docteur Jamot organisa en 1917 en Oubangui-Chari, dans le cadre d'une mission sanitaire, l'importance des tournées médicales. Il avait réussi, en sillonnant en quelques mois les villages, à examiner près de 90 000 personnes, dépister et traiter plus de 5000 trypanosomés avec une équipe composée de 2 infirmiers et 7 auxiliaires⁵⁴. Les tournées médicales permettaient donc d'atteindre les malades déclarés ou non, se trouvant à des lieux très éloignés du dispensaire ou de l'infirmerie et un plus grand nombre d'habitants pour les vaccinations. Au cours de ces tournées, l'équipe médicale n'administrerait pas seulement les soins aux malades et les vaccins, elle était chargée en outre de rechercher les causes de la lenteur de l'accroissement démographique. Pour un suivi régulier des problèmes de santé des populations, on institua l'établissement de dossiers sanitaires des villages.

Toutefois, la présence d'un médecin au sein d'une formation sanitaire s'avérait indispensable :

*Ce ne sont pas des tournées raids qu'il faut à la population locale mais bien un médecin résidant*⁵⁵.

L'insatisfaction qu'exprime cette observation du chef de subdivision de Souanké semble se justifier par le fait que les consultations et les soins n'étaient pas assurés de manière permanente. Devant la forte mortalité infantile, les maladies vénériennes et les épidémies saisonnières, les autorités administratives locales acceptaient

difficilement que les malades fussent obligés d'attendre le prochain passage de l'équipe médicale pour bénéficier d'une nouvelle consultation. Du reste, rien n'était garanti en raison des problèmes de communication, surtout en saison de pluies. Le départ d'un médecin en congé pouvait mettre en cause la régularité des tournées. En son absence, c'était parfois le personnel administratif qui le suppléait. Il arrivait parfois que l'épouse de l'administrateur du coin dût s'improviser infirmière. C'est ainsi que, l'absence du médecin du dispensaire de Ouessou perturba le fonctionnement de cette structure. Par conséquent, tous les malades qui étaient en traitement durent être renvoyés dans leur village pour poursuivre les soins dans les postes administratifs⁵⁶.

En dépit d'un accroissement régulier des effectifs médicaux, l'insuffisance notoire du personnel européen et du personnel africain qualifié constituait un frein au développement de l'action sanitaire dans les zones rurales. Le nombre total de médecins européens était passé de 22 en 1914 à 68 en 1928 dont 22 médecins russes recrutés par contrat comme Hygiénistes adjoints⁵⁷. Pour compléter les effectifs et l'action des médecins européens, particulièrement dans la lutte contre la maladie du sommeil, le gouverneur général Augagneur créa en 1922 le corps des agents sanitaires⁵⁸. Ce personnel était recruté parmi les anciens infirmiers européens des colonies et de l'Assistance médicale indigène. Le personnel africain comprenait 244 infirmiers ; à cette date, il n'y avait ni médecins, ni sages-femmes indigènes⁵⁹. Pour pallier cette lacune, les missions d'inspection recommandaient souvent l'ouverture d'une école de médecine en AEF, à l'instar de l'école de médecine de Dakar qui avait donné un réel souffle à l'Assistance médicale indigène.

⁵³ Note de R. Briat sur la population en AEF, supra.

⁵⁴ Guillaume Dutertre (Dr) et Jean-Marie Milleliri (Dr), « Des équipes mobiles de lutte contre la maladie du sommeil au Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie », [http : //www.creuse-jamot.org/équipes_mobiles_-_Milleliri-Dutertre_p.1](http://www.creuse-jamot.org/équipes_mobiles_-_Milleliri-Dutertre_p.1), consulté le 3 juin 2009.

⁵⁵ Rapport sur la situation sanitaire de la Sangha, 1938, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.

⁵⁶ Rapport sanitaire de la circonscription de Karagoua- Koudou d'avril 1922, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.

⁵⁷ Ce sont des médecins russes ayant fui leur pays lors de la révolution bolchevique et réfugiés en France que l'Etat français utilisait dans les colonies. Rapport Lasnet du 10 juin 1929, Affaires politiques, carton 672, Centre des archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence.

⁵⁸ Rapport de mission Lasnet, supra.

⁵⁹ Supra.

Le souci d'asseoir une politique sanitaire orientée dans un sens véritablement démographique obligeait aussi à rechercher des solutions au problème de la forte mortalité infantile qui perturbait la croissance de la population, en ce sens qu'elle compromettait le remplacement de la population active. « *Les enfants ne sont pas l'objet de soins suffisants* », écrivait le lieutenant-gouverneur du Moyen-Congo en 1920⁶⁰. Il envisagea donc d'encourager les chefs de famille en leur distribuant des secours en nature (vêtements, denrées alimentaires). Bien des rapports administratifs ou sanitaires concluaient que la mortalité infantile était due au manque d'hygiène et à l'ignorance des mères. C'est pourquoi l'inspecteur Lasnet proposa de « *mener une campagne très active de contrôle des enfants et d'éducation des mères au moyen d'infirmières-visiteuses et de sages femmes indigènes* »⁶¹. A partir de 1936, le Gouverneur général François-Joseph Reste, poursuivant l'œuvre de son prédécesseur, mit en place les bases d'une politique socio-sanitaire en faveur de la mère et de l'enfant. Cette politique visait comme objectif de « *sauver et préserver les races dans un but hautement humanitaire* »⁶². Cette nouvelle orientation tend à montrer que l'administration coloniale avait dépassé la conception utilitaire assignée jusque-là à l'assistance sanitaire (s'occuper de la santé des indigènes pour se constituer un capital humain pour la mise en valeur des colonies). L'action médicale impulsée dans ce cadre devait s'appliquer à surveiller la santé de la mère pendant la grossesse, médicaliser l'accouchement et protéger l'enfant par des soins pré et postnataux. Dès lors, on multiplia les maternités et les centres de puériculture dans les grands centres. Il faut ici signaler qu'en 1929, aucune maternité digne de ce nom n'avait été construite dans toute l'AEF⁶³. Cependant, chaque formation hospitalière disposait d'un bâtiment spécial pour les accouchements. En zone rurale, un local réservé à cet effet devait être annexé au poste

médical. Au cours des tournées médicales, il était demandé au médecin ou à l'infirmier d'informer la femme enceinte sur les aspects d'hygiène (pour sa santé et celle de l'enfant).

La protection de la maternité se traduisait aussi par la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (Syphilis, blennorragie, chancre-mou), responsables de la stérilité, des avortements spontanés et des malformations chez les bébés. Face à l'ampleur de ces affections, l'administrateur de la circonscription du Pool, suggéra au lieutenant-gouverneur du Moyen-Congo, la limitation de la prostitution et le dépistage des maladies⁶⁴. Selon les dispositions de l'arrêté de 1909 sur la police des mœurs et les mesures spéciales d'hygiène publique au Moyen-Congo, les femmes atteintes d'une maladie vénérienne devaient être prises en charge dans les dispensaires et hôpitaux. Pour limiter les risques de propagation, puisqu'elles étaient souvent assimilées à des prostituées, ces malades devaient être hospitalisées. Durant leur séjour à l'hôpital ou au dispensaire, elles bénéficiaient d'une ration alimentaire de 0F35⁶⁵. Cette faveur n'apaisait en rien la crainte des femmes de se faire soigner dans les formations sanitaires européennes. La thérapie envisagée, du reste imposée par les autorités sanitaires, visait à les soustraire de leur environnement familial tout le temps qu'allait durer le traitement. Cela bousculait visiblement les traditions en matière de santé et aussi les croyances, dans un milieu où la maladie était toujours perçue comme d'origine surnaturelle. Ce n'est donc pas sans mal qu'on arrivait à les soumettre aux mesures médico-sanitaires. Bien entendu, les femmes n'avaient pas conscience de la gravité de la maladie au même titre que les pouvoirs publics. De manière générale, l'œuvre de protection maternelle et infantile ne tarda pas à donner satisfaction au regard du nombre d'accouchements assistés par un personnel médical ou ayant eu lieu en milieu hospitalier et de consultations des enfants en constance progression.

⁶⁰ Lettre du Gouverneur général de l'AEF du 27 novembre 1920, op. cit.

⁶¹ Rapport de mission Lasnet, supra.

⁶² Note de R. Briat sur la population en AEF, Agence FOM, carton 358, Centre des archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence.

⁶³ En 1950 le Moyen-Congo comptait déjà 6 maternités.

⁶⁴ Rapport sur la mortalité infantile dans la circonscription du Pool, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.

⁶⁵ *Journal officiel du Congo Français* de 1909, pp. 178-179.

Ces progrès sont en fait redevables à l'armature sanitaire qui était en train de se mettre en place avec la promulgation de l'arrêté du 19 décembre 1934 organisant le service de l'Assistance médicale indigène en AEF. Ce texte devait permettre d'implanter une structure plus complète de l'assistance médicale. Du point de vue institutionnel, il prévoyait deux principaux organes : un organe de direction représenté par l'inspection générale des services sanitaires et médicaux et un organe d'exécution, le département sanitaire. Le chef-lieu de chaque département fut doté d'un médecin chef, d'une ambulance ou d'un centre médical et d'une maternité. L'hôpital de Brazzaville prenait désormais le nom d'hôpital général. Au niveau du district, un médecin était placé à la tête du dispensaire ou de l'infirmerie.

La Seconde Guerre mondiale ralentit les efforts d'assistance médicale alors que l'intensification des contraintes administratives (impôt, travail forcé, réquisitions) détériorait bien souvent l'état de santé des populations autochtones exposées à la famine, aux intempéries pour la récolte du caoutchouc dans les forêts, etc. La recrudescence des maladies sexuellement transmissibles, favorisée par la circulation des tirailleurs et la pauvreté dans les villes, poussa le gouverneur général Larminat à renforcer en 1940 la réglementation de la prostitution en AEF⁶⁶. Les dépenses de santé et le personnel médical européen subirent une forte réduction. Toutefois, les mesures dégagées par la Conférence de Brazzaville de 1944 allaient impulser un renouveau sanitaire. Cette conférence marqua un tournant dans la politique coloniale dès lors que l'Africain, ses aspirations, ses besoins et ses faiblesses furent au centre des débats⁶⁷. Sous la pression de la conjoncture internationale, on avait franchi une nouvelle étape. Ainsi, à propos du problème démographique, cette grande préoccupation de toujours, l'idéologie coloniale avait changé : il s'agissait d'y remédier par des actes

témoignant la solidarité en faveur des populations colonisées et de donner, dès lors, satisfaction à la conscience internationale de plus en plus influencée par l'anticolonialisme. La précarité de la santé des indigènes, qui en était une des causes fondamentales, apparut dans ce contexte comme une question ne requérant pas seulement des solutions d'ordre technique. Le changement de cet état de choses était aussi fonction des progrès économique, social et politique de l'Afrique.

Pour améliorer les conditions sanitaires, la Commission du plan d'hygiène et de santé préconisa dans ses recommandations la réorganisation du service de santé en Afrique, en déployant des moyens pouvant permettre d'intensifier le dépistage et le traitement des fléaux endémo-épidémiques et sociaux. Dès 1945, l'arrêté n° 2204 du 24 octobre institua un nouveau service, le Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGMHP) chargé spécialement de la médecine sociale et de la lutte contre les grandes endémo-épidémies (trypanosomiase, paludisme, variole, etc.). La nouveauté se traduisit par la polyvalence de ce service, contrairement à la monovalence du Service général autonome de prophylaxie et de traitement de la maladie du sommeil (SGAMS) qu'il remplaça. Il se révélait d'un rendement plus efficace par sa capacité de mobilisation rapide et massive de l'armement prophylactique, d'assurer l'expérimentation des techniques nouvelles. Le SGMHP avait, en outre, la mission de collecter toute la documentation concernant les affections endémiques, épidémiques et sociales, et d'étudier les problèmes intéressant l'hygiène général. Sa structure reposait sur une direction générale implantée à Brazzaville, des secteurs dans chaque territoire de l'AEF et des groupes mobiles composés d'équipes spécialisées. Le Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie constitua le pivot de la nouvelle organisation de la santé publique instituée par l'arrêté du 4 novembre 1944 portant création d'une direction de la santé publique en AEF. Complétant ce texte, l'arrêté du 24 octobre 1945 (n° 2205) précisa le fonctionnement de cette direction en mettant en place le poste de directeur général et les chefferies de santé dans les quatre territoires de l'AEF.

⁶⁶ Arrêté n° 520 du 21 octobre 1940 réglementant la prostitution en Afrique Equatoriale Française, *journal officiel de l'AEF*, p. 792.

⁶⁷ Discours d'ouverture de la Conférence de Brazzaville de M. Pléven, Commissaire aux colonies, cité par Laurent Gbagbo in *Réflexions sur la Conférence de Brazzaville*, Yaoundé, Editions Clé, 1978, p. 63.

Ces différents textes témoignent que l'administration coloniale était déterminée à agir efficacement. Mais il fallait des moyens légaux de dissuasion et de répression pour espérer des résultats concluants. C'est pour répondre à cette préoccupation que fut promulgué l'arrêté du 6 février 1947 soumettant obligatoirement tous les habitants de l'AEF aux visites médicales de dépistage des maladies endémo-épidémiques et aux séances de vaccination. Les contrevenants aux dispositions de ce texte pouvaient être punis de quinze jours d'emprisonnement et d'une amende de 15 à 1200 francs⁶⁸.

L'efficacité des stratégies de la politique sanitaire imprima également la nécessité d'une formation sanitaire plus importante et mieux équipée. C'est pour satisfaire cet impérieux besoin qu'on entreprit la construction du nouvel hôpital général de Brazzaville en 1954-1955. Conçu par l'architecte J.H. Calsat, le premier projet proposait un hôpital de 5 étages avec 1000 lits.⁶⁹ Même s'il offrait à l'Afrique Equatoriale Française un des hôpitaux les plus modernes du monde, ce projet fut jugé grandiose et coûteux. Il prévoyait pour le fonctionnement, 20 à 25 médecins, une augmentation considérable du personnel infirmier et du personnel administratif, et le budget à mobiliser était évalué à 1 045 millions de francs en 1945.⁷⁰ Devant les objections d'ordre financier, J.H. Calsat dut dresser un nouveau projet comportant des réductions importantes (le nombre de lits par exemple fut ramené à 630) qui fut réalisé avec le concours de l'entreprise Vialatoux⁷¹. Abritant la capitale fédérale, Brazzaville, le Moyen-Congo fut le territoire le mieux doté en infrastructures sanitaires. Outre l'hôpital général, c'est dans cette ville que se trouvaient la direction générale de la santé publique, la direction de la pharmacie des approvisionnements généraux, la première filiale de l'Institut Pasteur en AEF,

le magasin d'approvisionnement du service de santé.

L'existence de cette armature médicale au Moyen-Congo eut un impact appréciable sur la santé des populations de Brazzaville. Elles pouvaient bénéficier plus facilement de soins de qualité. Les zones rurales handicapées par le problème des communications et l'éparpillement des populations restaient encore mal desservies ; des dispensaires, infirmeries et maternités privés, gérés généralement par les missionnaires et les entreprises complétaient le dispositif sanitaire. Mais, les malades graves devaient être évacués à l'hôpital général de Brazzaville. A la veille de l'indépendance, la lutte contre la maladie du sommeil (dont les principaux foyers persistaient dans les régions de la Likouala, du Niari et du Pool) et le paludisme réclamait encore des actions de contrôle et des traitements. Malgré l'ouverture de l'Ecole interterritoriale d'infirmiers et d'infirmières d'Etat de l'AEF à Brazzaville, l'insuffisance du personnel médical demeura une faiblesse de la politique sanitaire coloniale au Moyen-Congo.

CONCLUSION

Les maladies et en premier lieu la trypanosomiase humaine, en raison des ravages qu'elles causaient au sein des populations, obligèrent l'administration coloniale à organiser une assistance médicale. Si le colonisateur pouvait proclamer sa satisfaction d'avoir accompli ainsi une œuvre humanitaire, en réalité la politique sanitaire reposait sur des priorités de ses seuls intérêts. Dans l'organisation sanitaire, le Moyen Congo s'est retrouvé dans une situation privilégiée, notamment avec l'implantation de la principale formation sanitaire, l'hôpital général de Brazzaville. Globalement, la médecine coloniale y avait enregistré des réussites techniques. Même si à la veille de l'indépendance, la trypanosomiase n'était pas totalement éradiquée, les recherches de l'Institut Pasteur avaient permis de mettre au point le traitement et les équipes mobiles d'atteindre les malades qui ont vu leur espérance de vie être prolongée. Toutefois, l'administration coloniale attendait de grandes avancées dans la santé publique par le

⁶⁸ Arrêté n° 347, Journal officiel de l'AEF du 1^{er} mars 1947, p. 337.

⁶⁹ Note pour le Haut Commissaire au sujet de l'hôpital général de Brazzaville, 25 mars 1948, GG 445, Archives nationales, Brazzaville.

⁷⁰ Idem.

⁷¹ Les travaux de construction de l'hôpital général de Brazzaville prirent fin en 1957, mais il fut inauguré en 1958.

développement de l'hygiène. Ces progrès passaient par l'éducation des populations et surtout la scolarisation de la femme, au centre de la vie familiale (par ses fonctions d'épouse, de mère et d'éducatrice).

En dépit de la place importante accordée encore jusqu'aujourd'hui à la médecine empirique gérée par les devins-guérisseurs, l'hôpital, le dispensaire, les vaccins étaient entrés dans l'univers des Congolais. La volonté du colonisateur, exprimée par des directives administratives ne pouvait réussir à changer rapidement les mentalités ; il fallait du temps pour vaincre les préjugés et les pratiques ancestrales. Il faut souligner l'impact du principe de la prise en charge des indigents, institué par l'Assistance médicale indigène (AMI), qui a constitué un facteur d'encouragement dans l'accès aux infrastructures sanitaires que l'Etat postcolonial a abandonné progressivement. Brazzaville, hier centre de gestion de la politique sanitaire de l'Afrique Equatoriale Française, cette ville abrite aujourd'hui la représentation sous régionale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

Sources

1. Compte-rendu des séances des 5 et 15 décembre 1917 de la Commission de la maladie du sommeil, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.
2. Rapport sanitaire du chef de la circonscription des Bakougni, 1920, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.
3. Rapport annuel d'ensemble du Moyen-Congo, 1920, 4 (2) D 26, Centre des archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence.
4. Lettre du Gouverneur général de l'AEF, Victor Augagneur, du 27 novembre 1920, au Lieutenant-gouverneur du Moyen-Congo, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.
5. Arrêté du 7 août 1923, GG 442, Archives nationales, Brazzaville.
6. Rapport de la circonscription de la Bouenza-Louessé, 1920, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.
7. Rapport sanitaire de la circonscription de Karagoua- Koudou, avril 1922, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.
8. Rapport sanitaire de Pointe-Noire, octobre 1926, GG 442, Archives nationales, Brazzaville.

9. Rapport sanitaire du docteur Lefrou, février 1926, GG 441, Archives nationales, Brazzaville.
10. Rapport d'inspection sanitaire des chantiers du CFCO du Médecin Général Lecomte, Inspecteur général des services sanitaires et médicaux. 1929, GG 441, Archives nationales, Brazzaville.
11. Rapport Lasnet du 10 juin 1929, Affaires politiques, carton 672, Centre des archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence.
12. Arrêté du 1^{er} juillet 1931 portant modification à l'arrêté du 12 décembre 1922, réglementant la voirie urbaine à Brazzaville, GG 445, Archives nationales, Brazzaville.
13. Rapport mission d'inspection Dimpault (1932-1933), rapport sur l'hôpital général de Brazzaville, 3 D 25, Centre des archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence.
14. Note sur la politique hospitalière en AEF. 1933, GG 443, Archives nationales, Brazzaville.
15. Rapport sur la situation sanitaire de la Sangha, 1938, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.
16. Note sur la femme et l'enfant indigènes en AEF, 1938, IGE, Archives nationales, Brazzaville.
17. Note de R. Briat sur la population en AEF, 1938, Agence FOM, carton 358, Centre des archives d'Outre-Mer, Aix-en-Provence.
18. Note sur le Comité local d'hygiène de Brazzaville, GG 440, Archives nationales, Brazzaville.
19. Note pour le Haut Commissaire au sujet de l'hôpital général de Brazzaville, 25 mars 1948, GG 445, Archives nationales, Brazzaville.
20. Journal officiel du Congo Français, 1909.
21. Journal de l'AEF, 1924.
22. Journal officiel de l'AEF, 1935.
23. Journal officiel de l'AEF, 1940.
24. Journal de l'AEF, 1947.

Bibliographie

1. Bado, Jean-Paul, 1996. *Médecine coloniale et grandes endémies*. Paris : Karthala, 428 p.
2. Banville, Ghislain, (de), *Kalouka et Zoungoula. Les deux premières religieuses de Brazzaville au Congo 1892-1909*. Paris : Karthala, 244 p.
3. Domergue-Cloarec, Danielle, 2009. *La prévention dans la politique sanitaire de l'AOF*, pp 1228-1239, [http : tekrur-ucad.sn](http://tekrur-ucad.sn) consulté le 3 juin 2009.
4. Dutertre, Guillaume, Milleliri, Jean-Marie, 2009. « Des équipes mobiles de lutte contre la maladie du sommeil au Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie », [http : //www.creuse-jamot.org/équipes_mobiles_](http://www.creuse-jamot.org/équipes_mobiles_)

- _Milleleri-Dutertre, p.p 1-3, consulté le 3 juin 2009.
5. Gbagbo, Laurent, 1978. *Réflexions sur la Conférence de Brazzaville*. Yaoundé : Editions Clé, 79 p.
 6. INRAP, *Dossier pour l'étude du chemin de fer Congo-Océan, Brazzaville*, s.d., 81 p.
 7. Landeroin, Moïse, 1996. *Mission-Congo-Nil (Mission Marchand). Carnets de route*. Paris/Montréal : L'Harmattan, 301 p.
 8. Mabilia-Bakala, Paul, 1985. *Etude socio-historique de la trypanosomiase humaine dans le Niari supérieur 1800-1950*, Mémoire de DES en histoire, Université Marien Ngouabi, 127 p.
 9. Bruel, Georges, 1935. *La France Equatoriale Africaine*. Paris : Larose, 558 p.
 10. Martin, Phyllis, M, 2005. « Vie et mort, pouvoir et vulnérabilité : contradictions quotidiennes à la Mission de Loango 1883-1904 », *Mémoire spiritaine*, n° 21.
 11. Ndinga Mbo, Abraham Constant, 2006. *Savorgnan de Brazza, les frères Tréchet et les Ngala du Congo-Brazzaville (1878-1960)*. Paris : L'Harmattan, 281 p.
 12. Ney, Napoléon, 1984. *Conférences et lettres de P. Savorgnan de Brazza sur ses trois explorations dans l'ouest africain de 1875 à 1886*, Brazzaville/Heidelberg, P. Kivouvou Verlag/Editions Bantoues, 483 p.
 13. Puytorac, Jean de, 1992. *Makambo. Une vie au Congo*, Cadeilhan, Zulma, 384 p.
 14. Sœur Claire, 1986. *Les Sœurs de Saint Joseph de Cluny en Afrique centrale 1886-1986*. Kinshasa : Imprimerie Saint Paul., 93 p.