

Les médecins coloniaux français : des hommes de santé publique ?

Première partie

Joël Le Bras (Bx 58)

Cela semble un truisme d'écrire que les médecins coloniaux, en particulier ceux de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) ou ceux de la médecine de prophylaxie, ont été des « hommes de santé publique ». Il paraîtra même choquant aux derniers spécimens de ceux qui « en furent » qu'on puisse seulement émettre un doute sur ce qui, pour eux, fut une évidence de leur temps. Et pourtant...

D'abord comment définit-on un « homme de santé publique » ? Et d'ailleurs, qu'est-ce que la santé publique elle-même ?

Disons que l'expression « Santé Publique » n'a déjà pas la même signification selon les époques où on se place. En France, elle figure pour la première fois dans l'intitulé de la loi « Henri Monod » dite de « protection de la santé publique » du 15 février 1902, qui débouche sur une charte dite elle aussi de « santé publique », laquelle :

- Organise les services responsables de la santé « globale » des populations, à savoir les inspections et conseils départementaux d'hygiène, les commissions sanitaires d'arrondissement, les bureaux municipaux d'hygiène des villes.

- Édicte un règlement sanitaire mobilisant les autorités départementales et les maires dans la lutte contre l'insalubrité (rurale et urbaine) des locaux à usage agricole, artisanal et industriel, comme de l'habitat collectif et individuel.

- Impose le respect des campagnes de vaccinations obligatoires (variole).

- Décrit les mesures de désinfection dans les cas de maladies contagieuses.

Pourtant, les dictionnaires, sans exception, n'ont gardé à ce jour des textes de base qu'une définition réductrice de la santé publique, à savoir les « services administratifs chargés de maintenir et d'améliorer l'état sanitaire du pays ».

Ce n'est qu'en 1930 que la France se dote d'un ministère de la Santé Publique, détaché pour la première fois du ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assainissement et de la Prévoyance sociale, tandis qu'est publié un code de la santé publique qui dépoussière la charte de 1902, insistant particulièrement sur la protection contre les maladies contagieuses. L'ensemble du dispositif vient compléter une loi encore plus ancienne (1893), signée également « Henri Monod », dite loi d'« Assistance Médicale Gratuite » (AMG) concernant les populations les plus exposées, les plus fragiles, les plus défavorisées, comme les indigents, les vieillards, les infirmes, les incurables.

Parler alors d'« hommes de santé publique » n'a guère de sens dans la mesure où on a affaire, pour organiser cette activité, à des fonctionnaires de l'État dont beaucoup sont sans doute dévoués et justes dans leurs décisions vis-à-vis des populations assistées mais n'étant là toutefois que pour appliquer ou faire appliquer des textes bien codifiés et assez souvent répressifs en cas de manquement des citoyens aux exigences desdits textes.

Après la seconde guerre mondiale, la santé publique prend une signification plus large et ce, si l'on en croit par exemple Marc Sankalé (1) (Bx 39), par adoption par l'OMS de la formule britannique de la « Public Health », et donc par ses membres, dont la France.

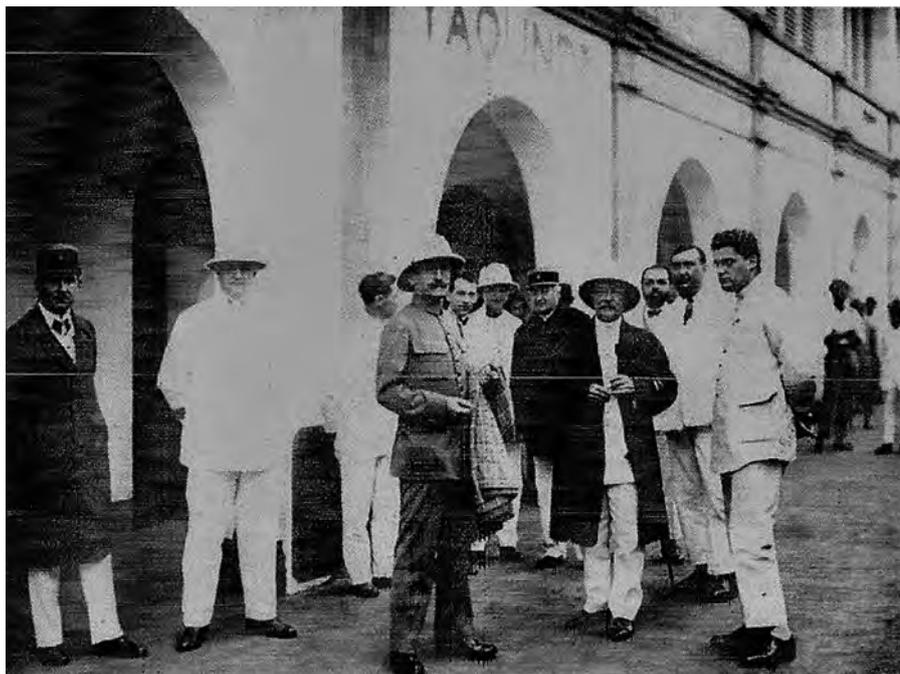
Désormais la santé publique englobe, outre l'inévitable administration sanitaire propre à chaque pays, et les structures qui en dépendent, le volet devenu indispensable des « statistiques sanitaires », seules à même de permettre le suivi de l'évolution de la santé d'un pays, de la comparer à celle des autres états, de planifier les actions à venir, et enfin, le volet « médecine préventive collective »

comportant la lutte contre les grandes maladies transmissibles (et peu à peu les fléaux à répercussion sociale), l'hygiène et l'assainissement du milieu, la PMI, la médecine du travail, la prophylaxie des troubles nutritionnels, l'éducation sanitaire. La part consacrée à cette dernière est laissée à l'appréciation de chaque état, qui lui consacra d'autant plus d'importance qu'il considère que tout le reste de la médecine préventive collective, c'est-à-dire l'« action sanitaire » proprement dite, n'est possible qu'à partir d'une sensibilisation suffisante des populations à leurs problèmes de santé, sensibilisation d'autant plus délicate à obtenir qu'on se trouve confronté à des pratiques auxquelles lesdites populations ne voient aucune raison d'adhérer du moment qu'elles se sentent en bonne santé ou qu'elles ne voient aucun avantage immédiat dans les changements proposés ou imposés.

Grandes orientations et évolution générale de la santé publique coloniale en Afrique noire

Le réflexe naturel du législateur français, sitôt que notre pays s'est trouvé à la tête de colonies (devenues plus tard l'« Empire Colonial »), aura été de transposer outre-mer les grands schémas de la charte puis du code de santé publique métropolitains, avec des structures analogues, à savoir les hôpitaux, fussent-ils appelés au départ « ambulances », les dispensaires, les inspections sanitaires coloniales, les bureaux d'hygiène des villes, tandis qu'étaient promulgués des textes dérivés visant à l'assainissement collectif au moins des ports et des villes, prolongeant en quelque sorte les actions déjà entreprises en ce domaine par les médecins de marine qui, au moins, jusqu'en 1890, avaient la charge

(1) Marc Sankalé : Médecine et action sanitaire en Afrique noire - Présence africaine - Paris 1969.



Passage du MGI Lasnet à Yaoundé : au centre, revêtu d'un manteau, le médecin colonel Mul (Bx 1893) chef du Service de Santé du Cameroun, entre les deux, en képi, le médecin commandant Jamot, chef du MPPMS.

exclusive du Service de Santé colonial. On sait que nombre de ces derniers furent versés entre 1890 et 1900 dans le nouveau Service de Santé des colonies et pays de protectorat, lui-même relayé au tout début du ^{xx}^e siècle par le Service de Santé des troupes coloniales qui libérait enfin les marins de la sujétion ultra-marine. Jusqu'à la décolonisation, on estime que ce Service de Santé assura l'essentiel de la mission de santé publique de la France dans ses territoires d'outre-mer (à l'exclusion toutefois de ceux du Maghreb laissés aux médecins des troupes métropolitaines). Ce service était placé sous l'autorité d'une Direction centrale spécifique du ministère des Colonies, avec à la périphérie, des « officiers de santé » hors-cadres (médecins, pharmaciens, officiers d'administration) issus des écoles de santé de Bordeaux et de Lyon (à partir de 1925, année de la création de la « Section coloniale » de cette École) et ayant reçu une formation « coloniale » complémentaire à l'École d'Application de Marseille.

C'est le 20 avril 1899, à Madagascar, que le médecin de 2^e classe du Service de Santé des colonies et pays de protectorat Alexandre Lasnet (Bordeaux 1890) donne le nom d'Assistance Médicale Indigène ou AMI aux activités de santé publique dirigées exclusivement vers les populations autochtones. Toutefois si l'appellation est nouvelle, il ne s'agit en rien d'une première, cette assistance médicale existait déjà en Algérie (1847), en Cochinchine (1858), au Sénégal (1875) ou au Tonkin (1883). En 1903, sortent par ailleurs

les instructions « Kermorgant », inspecteur général des services sanitaires civils au ministère des Colonies : « *Les indigènes sont les auxiliaires indispensables à toute entreprise de colonisation et sans le concours desquels, elle sera frappée d'avance de stérilité.* »

Cette préoccupation de la France de s'intéresser à la santé des peuples colonisés avait en fait deux objectifs : respecter les principes humanitaires de la République (en se donnant ainsi, disaient certains, meilleure conscience dans une œuvre de colonisation aux ambitions par ailleurs indiscutablement politiques et mercantiles) et mieux protéger nos compatriotes « expatriés » contre les dangers sanitaires alors considérables qui les menaçaient. Ainsi procédait-on un peu plus « en douceur » au fameux « transfert de civilisation » qui est l'essence même de toute colonisation.

Ce qui caractérise l'AMI est d'assurer la couverture sanitaire de l'ensemble des populations autochtones, en ne laissant personne au bord du chemin (ce qui peut paraître une gageure si l'on considère les étendues géographiques à contrôler et ce, avec des moyens, y compris humains, chroniquement dispensés au compte-gouttes). L'ambition est d'abord de doter les territoires colonisés d'une infrastructure sanitaire fixe, régulièrement répartie et d'où rayonneraient des équipes mobiles selon le principe des tournées médicales, à même de combler les vides sanitaires inévitables. Les premières équipes de ce type, outre une activité d'AMI, étaient obligatoirement chargées de la vaccination antivariolique. Une

autre ambition est de faire en sorte que dans le sillage de la loi de 1893 sur l'AMG, les populations indigènes dans leur globalité soient classées d'emblée dans la catégorie des populations défavorisées, et donc bénéficiaires de la gratuité des actes médicaux.

Toute l'histoire de la « santé publique » française outre-mer n'est par la suite qu'une succession d'adaptations stratégiques, techniques ou logistiques à des situations sanitaires pas prises en compte à l'origine ou survenues inopinément au fil des décennies sans jamais perdre de vue les deux piliers de l'AMI : une couverture la plus exhaustive possible et la gratuité des soins. Autant dire que des principes à la réalité, il y eut souvent une marge telle que l'AMI, malgré tous ses bienfaits, ne toucha pas l'ensemble des populations, et quand elle les toucha, elle fut souvent déséquilibrée, ne répondant pas toujours aux vrais besoins, faute par exemple d'enquêtes épidémiologiques, constituant même en bien des endroits, une illusion dont se contentèrent les responsables de la santé coloniale au ministère des Colonies. Le meilleur exemple en est donné par les fallacieux indicateurs sanitaires que furent jusqu'au bout de la colonisation les sempiternels « nombre de consultants », nombre de consultations », « nombre de journées d'hospitalisation », en fait simples indicateurs de « médicalisation », et qui, par le seul fait de leur accroissement arithmétique au fil des ans, faisaient croire à des progrès significatifs de la santé publique ultra-marine. Il a trop souvent manqué en fait, pour que les progrès soient à la fois plus satisfaisants et plus rapides, l'utilisation de vrais indicateurs épidémiologiques ou stratégiques de coût/efficacité ou de coûts/avantages.

Parmi les trop rares adaptations rationnelles au principe de base de l'AMI, citons notamment l'émergence révolutionnaire, au milieu des années 20, du pseudopode que fut la médecine de prophylaxie. Cette forme de médecine, à l'origine strictement spécifique, trouva sa consécration dans la mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil ou MPPMS de Jamot (en 1926), suivie plus tard par des services, cette fois, polyvalents, et dont les objectifs furent, de ce fait, plus difficiles à maîtriser, à savoir le service général autonome de la maladie du sommeil ou SGAMS de Muraz (2) (en 1939) qui eut en charge aussi l'AMI, les vaccinations et la méningite cérébro-spinale, enfin le service général d'hygiène mobile et de prophylaxie ou SGHMP de Vaucel (3) (en 1945). Ce dernier avait pour fonctions de tenter d'éradiquer les

(2) Gaston Muraz Bx 1908.

(3) Marcel Vaucel Bx 1913.

principales endémies du continent noir africain qu'étaient outre la trypanosomiase, la lèpre, les tréponématoses, les filarioses, et surtout l'onchocercose, la lutte contre le paludisme étant progressivement laissée au service de l'OMS.

Objectifs et méthodes de la santé publique coloniale française en Afrique noire

À l'origine, la santé publique de la France d'outre-mer a indubitablement un objectif humanitaire, mais pas seulement. Cet objectif, héritier des grands principes de la Révolution, est étroitement lié à un autre, intéressé, autrement dit utilitaire (et singulièrement, après les expériences sénégalaises de 1817, de transformer en colonies d'exploitation). Très vite, il s'est agi, en effet, pour les besoins de cette entreprise coloniale, et du fait même que l'Afrique noire ne pouvait, comme par exemple l'Algérie, devenir une vaste colonie de peuplement, de prendre grand soin de la main-d'œuvre servile, une main-d'œuvre qui avait encore un pied dans un esclavage d'où la colonisation avait eu pour mission, dès le début de l'en extraire en vertu du texte libérateur de 1848.

Partout, l'indigène se révèle absolument indispensable à la mise en valeur des territoires colonisés. On citera par exemple la nécessité d'une nombreuse main-d'œuvre dans les énormes sociétés concessionnaires de l'AEF, créées par décrets à partir de 1893, main d'œuvre constituée de manœuvres d'exploitation mais aussi d'innombrables porteurs chargés de transporter les produits vers les centres de traite marchande. Il en sera de même, ultérieurement, pour la construction de la ligne de chemin de fer Congo-Océan.

On estimera aussi que pour disposer de bons serviteurs de l'administration coloniale, civile comme militaire, on avait le devoir, non seulement, de protéger leur santé, mais aussi celle de leur entourage immédiat puis élargi.

De là à prendre en compte l'ensemble de la population indigène, il n'y eut qu'un pas vite franchi, grâce à l'institution de l'AMI et ce, d'autant plus que le fait de protéger la santé de l'indigène, c'était protéger indirectement celle du colon blanc vivant à son contact permanent...

Le problème de la main d'œuvre prend une tournure particulièrement aiguë après la Première guerre mondiale. La France, elle-même exsangue, a un besoin criant des productions ultra-marines, afin de rétablir un



Porteurs en AEF.

équilibre économique fortement compromis par un conflit de plus de quatre ans, et d'assurer un ravitaillement plus conséquent de populations déjà soumises à des restrictions drastiques. Ce problème est d'autant plus préoccupant que les colonies, elles-mêmes, ont subi de plein fouet les méfaits de la grippe espagnole, mais aussi les coupes sombres chez les travailleurs d'avant-guerre devenus tirailleurs et qui ne sont pas revenus du front. La trypanosomiase a, de son côté, commencé à ravager l'Afrique équatoriale, et la variole comme la fièvre jaune ont durement frappé l'AOF. Les gouvernements successifs de l'immédiat après-guerre de 1920 à 1925 n'ont d'autre solution que de s'attaquer à ce grave problème de main d'œuvre.

Deux ministres des colonies, Albert Sarraut (1920-24) et Édouard Daladier (1924-25), et deux inspecteurs généraux des services sanitaires et médicaux, par ailleurs présidents du Conseil supérieur de la santé aux colonies, Paul Gouzien et Alexandre Lasnet, seront les véritables chevilles ouvrières du vaste « plan » de restructuration de l'assistance médicale aux colonies, un plan qui ne laisse planer aucun doute sur les intentions de leurs auteurs, comme le prouvent les fortes phrases d'Albert Sarraut en 1923 : « *L'assistance médicale est le plus admirable instrument de diffusion et d'affermissement de notre influence sur les continents nouveaux... Notre intérêt le plus immédiat et le plus terre-à-terre est de conserver et d'augmenter le capital humain pour pouvoir faire travailler le capital argent* ».

Ou celle d'Alexandre Lasnet en 1924 : « *Il est nécessaire de faire évoluer l'assistance médicale dans le sens utilitaire (4) de la médecine préventive et de l'hygiène, seules capables d'assurer la protection et le développement des races autochtones* ». Ou enfin, la célèbre déclaration du gouverneur-général de l'AOF, Carde, en 1926 : « *Le but à atteindre par l'assistance médicale est de développer les races indigènes en qualité et en quantité, soit, en d'autres termes de faire du Noir...* ».

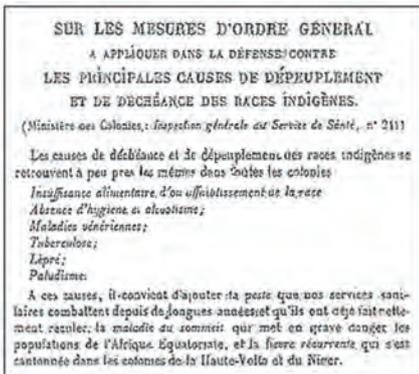
Il s'agissait en fait, à travers ce plan, de s'attaquer en même temps (5) aux principaux fléaux à incidence sociale forte sévissant dans nos colonies, et d'en limiter au plus vite les ravages, en raison du lourd tribut qu'il faisait payer à la population indigène et particulièrement à la main-d'œuvre. Le 1^{er} novembre 1924, le ministère des Colonies a déjà créé à de propos un « Service Spécial et Central de Santé » (SSCS), pote confié à un médecin principal du Service de Santé des Troupes coloniales (6), et destiné à suivre les problèmes sanitaires de la main-d'œuvre aux colonies, à localiser les secteurs les plus déficitaires, et à déterminer, en vue de les corriger, les raisons médicales des défaillances constatées.

Le 30 décembre suivant, sortent cette fois les instructions « Daladier-Lasnet » dites de « *développement des services de médecine préventive, d'hygiène et d'assistance dans les colonies, en vue de lutter contre les principales causes de dépeuplement et de déchéance des races indigènes* ».

(4) Souligné par nous.

(5) Souligné par nous.

(6) En 1927, les grades de médecins aide-major (2^e et 1^{re} classe), major (2^e et 1^{re} classe), principal (2^e et 1^{re} classe) sont remplacés par ceux de médecin sous-lieutenant, lieutenant, capitaine, commandant, lieutenant-colonel, colonel. Le médecin inspecteur devient médecin général, le médecin inspecteur général devient médecin général inspecteur.



Un extrait des instructions Daladier-Lasnet du 30 décembre 1924.

Six grandes « priorités » ont été ainsi sélectionnées auxquelles il s'agit de s'attaquer concomitamment : l'insuffisance alimentaire, l'hygiène individuelle et collective (incluant la lutte contre l'alcoolisme), les maladies vénériennes, la tuberculose, la lèpre et le paludisme.

Il est à noter que dans ce plan, il n'est fait aucune allusion à la protection maternelle et infantile, alors que dans certaines colonies, la mortalité infantile dépasse les 400 pour mille ! On peut donc dire que ces instructions ont volontairement oublié de s'attaquer au mal démographique, si on ose dire « à la source ». S'occuper alors de la santé de la mère et de l'enfant ne répondait effectivement pas à la question immédiate de la main-d'œuvre...

Ce plan pharaonique contenait les germes mêmes de son échec. « Catalogue de priorités », il ne fournissait aucune indication sur l'importance relative de chacun des fléaux, quant à sa gravité comme à son degré d'urgence, ce qui ne permettait de lui affecter aucun rang de préséance dans le temps comme dans l'espace. Aucun d'objectif d'éradication ou de résolution du problème, voire simplement de sa régression significative, n'apparaissait dans le texte, ce qui se traduisait effectivement par l'absence de toute programmation, ce qui est un comble pour une entreprise qui se pare du titre de « Plan »...

Eugène Jamot, le prototype de « l'homme de santé publique » ?

Le cas de la trypanosomiase africaine dans les instructions de 1924 :

Outre les six grandes priorités des instructions « Daladier-Lasnet », trois autres causes de dépeuplement et de déchéance des races indigènes y sont également retenues, mais seulement comme « priorités régionales » : la peste à Madagascar, la fièvre récurrente en Haute-Volta et au Niger et la...trypanosomiase en Afrique équatoriale (AEF et territoire sous mandat du Cameroun).

La maladie du sommeil est, selon ces instructions, « une maladie de la misère, touchant les populations mal nourries et donc sans résistance » (ce qui dénote une connaissance plus que sommaire de la maladie, vue du siège

du ministère des Colonies, rue Oudinot). Pour s'en débarrasser, Lasnet préconise seulement deux mesures :

- La prophylaxie agronomique (ou prophylagro) pour éliminer la mouche tsé-tsé.
- Une politique qualifiée de repos des populations atteintes par le mal, consistant en une dispense d'impôts, de prestations (type « travail forcé ») et de recrutement.

Par ailleurs Lasnet recommande que les dites populations pratiquent davantage la pêche, la chasse, les cultures vivrières et le petit élevage.

C'est tout...

Si Jamot ne désavoue pas le second point de l'instruction, il se dit par contre *opposé au premier*, estimant qu'une telle politique qui ignore souverainement la chimioprophylaxie (que lui-même a testé en 1917-1919 en Oubangui-Chari et continue de pratiquer avec succès dans son secteur de prophylaxie du Haut-Nyong) *débouchera à court terme sur la disparition des populations du Sud-Cameroun, non seulement en raison de sa mortalité inéluctable en l'absence de traitement, mais aussi par « anaphrodisie*, cette disparition dramatique du désir sexuel, entraînant automatiquement l'effondrement de la procréation dans les régions contaminées. On connaît le véritable « coup d'état sanitaire » que fomenta Eugène Jamot en 1926 lors d'une réunion mémorable à laquelle participait le ministre des Colonies, Léon Perrier. C'est le Haut-Commissaire du Cameroun, Marchand, qui finit *in extremis* par arracher à ce dernier son accord pour la création d'une mission autonome

de lutte contre la maladie du sommeil, malgré les réserves extrêmes posées par l'inspection générale des services sanitaires dudit ministère (MIG Audibert - Bordeaux 1890), hostile à ce début de fracture dans le bloc monolithique de l'AMI. On ne dira jamais assez le courage qu'il fallut à ce Haut-Commissaire qui, en faisant ainsi plier un ministre de la République, jouait également très gros au niveau local. En soutenant Eugène Jamot, il révélait, à l'aréopage réuni à Paris, l'exact niveau de gravité de l'énorme problème de santé publique qu'était la maladie du sommeil, à une époque où nombre d'administrateurs comme de responsables des grandes sociétés d'exploitation, opérant dans les régions contaminées, tentaient de minimiser l'importance du mal. N'est-ce pas l'historien Suret-Canale qui écrivait un jour que la maladie du sommeil était la « maladie honteuse de l'administration coloniale » ! Celle que l'on cachait à tout prix pour ne pas manquer de main-d'œuvre...

Pourtant, ce n'est pas tant cette « victoire à la Pyrrhus » obtenue par Jamot et Marchand dans le seul cas connu de création d'une mission totalement autonome de lutte contre une endémie tropicale, que nous devons retenir ici. C'est avant tout le fait que Jamot révolutionna véritablement la santé publique aux colonies, s'appuyant donc sur un dispositif qui lui laissait une très grande liberté de manœuvre, en se révélant comme le premier véritable planificateur de notre système de santé ultra-marin. Et très loin du simple « doctrinaire » que d'aucuns, très nombreux, ont voulu voir en lui, « répandeur de dogmes » immuables à appliquer en toutes circons-



Lors d'une inspection de la base de la MPPMS à Ayos, Gabriel de Marqueissac à la gauche de Jamot (collection Christian Chambon).



Médecin major de 1^{re} classe Jamot et Médecin aide major de 1^{re} classe Bauguion à Ayos (Photo Marcel Chambon).

tances pour mener une « bonne » médecine de prophylaxie.

Tout ou presque a été dit et écrit sur le chef incontesté de la MPPMS du Cameroun. Passant outre sur les critiques, nous retiendrons ici, parmi les louanges, et prioritairement, ses indéniables qualités de bon sens, d'intuition et d'esprit visionnaire, manifestées à cette occasion. Mais il ne faut jamais perdre de vue non plus que Jamot possédait de par sa formation universitaire et son passage à l'Institut Pasteur, en plus d'une expérience de déjà dix années de laboratoire comme sur le terrain, un esprit scientifique particulièrement développé.

Lors de son affectation de quatre ans à la tête du secteur de prophylaxie du Haut-Nyong, au Cameroun (1922-26), Jamot eut tout loisir d'y analyser en détail la situation de la maladie du sommeil, son caractère de gravité croissant et sa progression foudroyante, y compris au-delà des limites de son propre secteur. Le caractère d'extrême urgence, et donc prioritaire, étant avéré, Jamot ne pouvait qu'envisager la mise en place d'un dispositif de lutte à la mesure du problème, dispositif à la fois spécifique et autonome. Il fallait alors une extraordinaire confiance en soi, beaucoup d'optimisme et une large dose d'audace iconoclaste pour oser ainsi solliciter auprès de l'inspection générale des services sanitaires et médicaux du ministère des Colonies le détachement de son service du carcan rigide de l'AMI. Un service qui ne s'occuperait que de la maladie du sommeil et disposerait d'une liberté de manœuvre jamais accordée à quiconque à ce jour en matière d'administration et de gestion.

Parallèlement, Jamot traçait les grandes lignes d'une rigoureuse programmation dans l'organisation de la lutte, à commencer par la détermination d'un objectif précis. Dès la création même de sa Mission (1926), il se donna, appuyé en cela par son adjoint direct, Gabriel de Marqueissac (Bx 1919), un délai de cinq années pour ramener une maladie alors hyperendémique, voire même épidémique en certaines régions de la partie méridionale du Sud-Cameroun, à une affection hypoendémique voire sporadique, et en tout état de cause parfaitement contrôlée. Il y ajouta comme sous-objectif, l'inversion du ratio « taux de natalité/taux de mortalité », alors en défaveur catastrophique du premier taux. En 1931, quant il est mis officiellement fin aux activités de la MPPMS, c'est exactement la situation prévue par Jamot qui prévaut partout. Le nouveau « Service territorial de prophylaxie de la maladie du sommeil » qui remplace la Mission, dans le cadre cette fois de l'AMI, hérite d'une situation n'exigeant plus que des opérations de simple routine, ce qui permettra de réduire le nombre d'équipes, de les alléger considérablement en personnels et de leur confier des activités plus diversifiées.

Quant est créée la Mission, il reste encore à Jamot à respecter les autres étapes d'une bonne programmation, à savoir :

– La mise en route sur une grande échelle cette fois, de la méthode de lutte « chimio-prophylactique », déjà bien rodée au niveau du secteur du Haut-Nyong. C'est cette

méthode qu'on a voulu affubler plus tard du nom impropre de « doctrine » terme que l'on trouve notamment sous la plume de Léon Lapeyssonnie (7) (Lyon 1936).

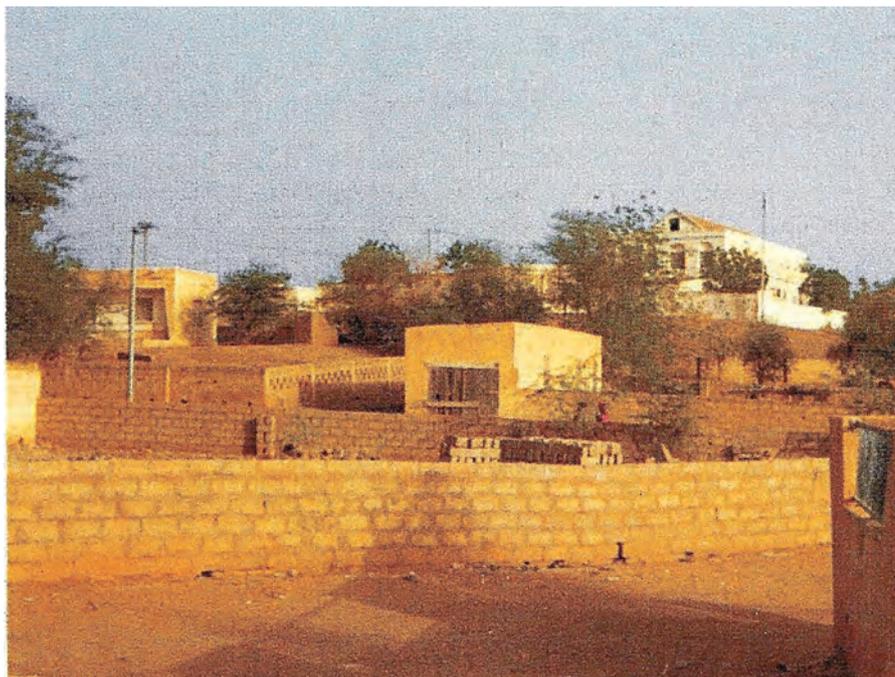
– L'obtention de moyens de toute nature, échelonnés sur la période des cinq ans. Ces moyens de fonctionnement furent obtenus, souvent de haute lutte, notamment au plan des personnels, des matériels et des médicaments de prophylaxie, les crédits étant pour leur part, garantis par le statut même d'autonomie de la mission, puisqu'aussi bien, en cas de défaillance de l'aide territoriale ou de l'État, le relais était pris par des bailleurs de fonds extérieurs au ministère des Colonies comme au Haut-Commissariat.

– Une évaluation en cours, régulièrement effectuée, au niveau de la Mission comme au niveau de chacune des équipes de dépistage, de traitement et de contrôle, afin de vérifier l'évolution des résultats et d'anticiper déjà les chances d'atteindre l'objectif final. Ces évaluations furent rendues possibles grâce à l'affectation heureuse, au sein de la Mission, du médecin des troupes coloniales, Louis Maudet Bauguion (Bordeaux 1921), lequel mit en place ce qu'on appela bien plus tard des « indicateurs de santé », tels l'Indice de Contamination Nouvelle (ICN) ou l'Indice de Virus en Circulation (IVC), seuls en mesure de réaliser des évaluations réellement fiables. Ces indices ne sont finalement que les ancêtres lointains de ce qu'on nomme aujourd'hui l'incidence des maladies. Le nom de



Ayos 1976 (Photo J. Le Bras).

(7) Lapeyssonnie : « Moi Jamot » Presses de l'INAM 1987 – La médecine coloniale Seghers 1988.



Une vue de Kaédi (cercle du Gorgol - Mauritanie). En haut la résidence (Photo J. Le Bras).

Bauguion (dont Jamot adopta, avec enthousiasme, ce mode inédit d'évaluation) mérite de ne jamais être oublié dans l'histoire de la santé publique comme du Service de Santé colonial.

En résumé, si pour être qualifié d'homme de santé publique, il faut par exemple avoir été un grand planificateur, et donc un grand programmateur, alors Eugène Jamot peut indiscutablement l'être et en tout état de cause, le tout premier et longtemps le plus grand en matière de santé publique outre-mer.

Peut-on être un homme de santé publique autrement ?

Tout le monde, évidemment, n'est pas et ne peut être Jamot, l'homme de santé publique « absolu ». Et de fait, rares sont les médecins coloniaux qui ont eu l'opportunité, et plus encore le feu vert de leur hiérarchie, de devenir à leur tour, en tant que chefs d'une mission ou d'un projet suffisamment « autonomes », des décideurs à même le terrain. Mais rien n'a jamais empêché que d'autres médecins coloniaux de l'AMI, confrontés souvent dans leur superbe isolement de la brousse, à des problèmes urgents et graves, ou s'étant trouvés dans des impasses apparemment absolues, compte tenu des moyens dramatiquement faibles mis à leur disposition immédiate, aient recherché des approches nouvelles, originales ou possiblement abordables « autrement », susceptibles de leur permettre de débloquent les situations les plus préoccupantes, voire les plus désespérées. Mieux encore, les succès immédiats qu'ils ont

pu obtenir ont parfois permis des avancées significatives, spectaculaires, et ce dans divers domaines de la santé publique ultramarine, qu'ils soient techniques, stratégiques, organisationnelles ou réglementaires.

Ces médecins durent leur réussite à de multiples facteurs parmi lesquels la qualité bien sûr de leur bagage technique et intellectuel, leur sens de l'observation, leur intuition naturelle ou une inspiration fulgurante, et dans certains cas une confluence de circonstances favorissantes, opportunément exploitées. En général, un homme de santé publique n'est en rien, et du fait de ses qualités mêmes, un simple exécutant, si compétent soit-il par ailleurs, encore moins un simple « témoin de son temps », attendant que son séjour ultramarin se passe, mais bien un créateur, un innovateur, un initiateur, mais aussi une sorte de visionnaire, un stratège qui devine, en les traçant déjà dès le départ, les chemins à emprunter pour tirer un réel avantage de ses inspirations ou de ses prémonitions.

Entre cent exemples qui nous sont fournis par les écrits d'anciens médecins coloniaux, parfois par leur seule biographie, nous en donnerons deux concernant des médecins de l'AMI et du Corps de santé colonial réunis, placés comme on le verra dans des conditions d'exercices très différentes.

L'un a amené le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) créé en AOF après la Seconde Guerre mondiale, et au vu de rapports précédemment établis en 1942, à compléter les actions polyvalentes déjà engagées par ce service contre les grands fléaux de la Fédération, en y ajoutant la lutte contre une endémie négligée jusqu'alors dans les pays du Sahel : la syphilis endémique.

L'autre a fait accomplir en un temps très court un pas de géant à la Protection maternelle et infantile d'une Fédération d'Afrique en l'occurrence l'AEF, en proie alors à une effrayante mortalité infantile.

Ces deux hommes sont le médecin-capitaine **Gustave André Abadie** (Bordeaux 1930) et le médecin-lieutenant puis capitaine **Georges Léon Grall** (Bordeaux 1923).

Gustave-André Abadie

C'est en 1964, dans les archives du Secteur spécial 74 de lutte contre les grandes endémies de Kaédi-Kiffa (Mauritanie) que nous découvrons un document dactylographié en mauvais état. Ce document, portant le numéro 14 de la Circonscription médicale du Gorgol, daté du 5 février 1942, était intitulé « *Essai d'assistance médicale en profondeur dans le cercle du Gorgol* » – Signé « *Médecin-capitaine G. André Abadie, médecin des Troupes coloniales* ». Il avait pour but, selon son auteur, de « *donner à l'indigène éloigné des centres la possibilité de bénéficier des soins que nécessite son état* ».

Début 1942, du fait de la guerre et de l'occupation allemande en métropole, l'AOF, qui au contraire de l'AEF, passée à la France libre, vit toujours sous le régime de Vichy et connaît un certain nombre de problèmes. Le système repose toujours sur un texte antérieur à l'occupation, signé du gouverneur-général Cayala (circulaire 762 SSM du 20 mai 1940, reconduit par son successeur le gouverneur-général Boisson, nommé par Vichy (circulaire 198 SSM du 17 septembre 1940). Ces circulaires reposent au plan de l'AMI sur quatre points principaux :

- l'assistance médicale des populations rurales,
- la protection sanitaire de la main d'œuvre,
- la protection de la natalité et de la jeune enfance (action dites alors « assistance sociale »),
- l'hygiène générale et alimentaire.

Parallèlement, et par arrêté n° 1 123 AP du 20 janvier 1939, a été créé en AOF, un Service Général Autonome de lutte contre la Maladie du Sommeil (SGAMS) confié à Gaston Muraz. Ce dernier, comme il l'avait fait naguère en AEF, a divisé la Fédération d'AOF en secteurs spéciaux et annexes (du n° 1 d'Ouagadougou au n° 71 de Mopti, et après la guerre, au n° 73 de Podor), les premiers rattachés directement au SGAMS et s'occupant prioritairement de lutte contre la maladie du sommeil, les seconds étant en fait des circonscriptions médicales de l'AMI, s'occupant de surcroît de maladie du sommeil du fait de la présence de foyers peu importants ou résiduels sur le territoire qu'elles couvrent.

La Mauritanie, totalement indemne de trypanosomiase, n'a de ce fait aucun secteur, ni spécial, ni annexe, et partant, aucune équipe médicale mobile en dépendant, susceptible par exemple d'effectuer des consultations foraines d'AMI ou le dépistage de telle ou telle maladie endémique au cœur de la brousse.

En ce qui concerne le premier volet des circulaires fédérales, à savoir l'Assistance médicale (seule partie de ses activités abordées par G.A. Abadie dans son rapport), l'inspection fédérale des services médicaux et sanitaires de l'AOF (MGI Jean-Jacques Ricou, Bordeaux 1910) attend particulièrement des médecins-chefs de circonscriptions médicales (formations médicales d'AMI, couvrant le territoire d'un cercle, doublées d'un hôpital rural) deux types d'action et de comportement :

1 – Qu'ils maintiennent « *vaille que vaille* » la tournée médicale, et ce « *malgré la rareté des moyens de transport et de carburant* ». La tournée médicale, dans les régions sans secteur du SGAMS, consistera, selon les directives, à assurer dans les villages au moins les vaccinations et l'intervention renforcée en cas de découverte de cas pathologiques pouvant faire évoquer une épidémie. Pour le reste, il s'agira d'effectuer périodiquement des consultations dans les dispensaires ruraux, dont les infirmiers auront la charge d'informer ou de convoquer les patients et encore, compte tenu des circonstances, dans les seuls dispensaires facilement accessibles. Les autres dispensaires seront fermés, au moins à titre temporaire, et le personnel redistribué dans la circonscription médicale. Le maintien de cette activité est justifié aussi, selon l'Inspection, par :

– un besoin de propagande, celui d'expliquer à la population, que le Service de Santé, malgré les restrictions, reste plus efficace que la médecine traditionnelle, et qu'il ne faut surtout pas abandonner le terrain à cette dernière,

– un besoin politique, celui de rassurer la population sur les intentions du régime de Vichy : malgré cette situation inédite, rien n'est changé quant à l'attention que porte la France « éternelle » à ses colonies.

Disons tout de suite qu'Abadie ne partage pas la position de l'Inspection fédérale, et qu'il le fait savoir : « *Je voudrais, en m'élevant contre la faveur imméritée et combien tenace dont jouissent encore, auprès de certains, les tournées médicales, me défendre des reproches qui m'ont été faits de ne pas y croire et, n'y croyant pas de ne pas manifester une suffisante activité touristique* ».

L'objectif de propagande ? Pour Abadie, « *réduire les tournées ne fera pas perdre son prestige et son capital sympathie au Service de Santé : Une intervention chirurgicale heu-*



En Mauritanie, l'âne de bât constitue un moyen de transport habituel tout comme le zébu porteur.

reuse, l'amélioration habituellement obtenue par les malades de leurs maux quand ils vont à l'hôpital ou au dispensaire, un accueil bienveillant toujours réservé sont de toute façon plus utiles que tous les discours. Et la meilleure preuve, c'est que de 1938 à 1941, on est passé, rien qu'au dispensaire de Kaédi, de 5 433 consultants à 14 246 ».

L'objectif politique ? La tournée n'est pas du tout vécue comme un « élément positif » par la population : « *Voir passer la caravane médicale de loin en loin, le plus souvent à contretemps des besoins, ne compense pas les lourdes servitudes qu'on impose aux villageois, concernant le "prêt" d'animaux de selle et de bât, et la désignation de convoyeurs, en plus des amendes qu'on leur inflige pour la mauvaise hygiène des marchés, des puits, des latrines et des dépôts d'ordures* ».

2 – Qu'ils réduisent de façon drastique les médicaments d'assistance concernant les « *affections non transmissibles* », priorité devant être donnée au traitement des maladies transmissibles. Les médicaments concernés devront désormais être prescrits avec une extrême parcimonie, « *à des doses infimes (sic) ou en solutions étendues* »...

André Abadie, là aussi, conteste, insistant sur l'utilité de ces thérapeutiques à effet essentiel, et pas seulement psychologique, dans les cas très fréquents d'asthénie, de douleurs osseuses ou articulaires, voire même de... perte de l'instinct génésique.

Dans son rapport, Abadie met l'accent sur trois problèmes majeurs :

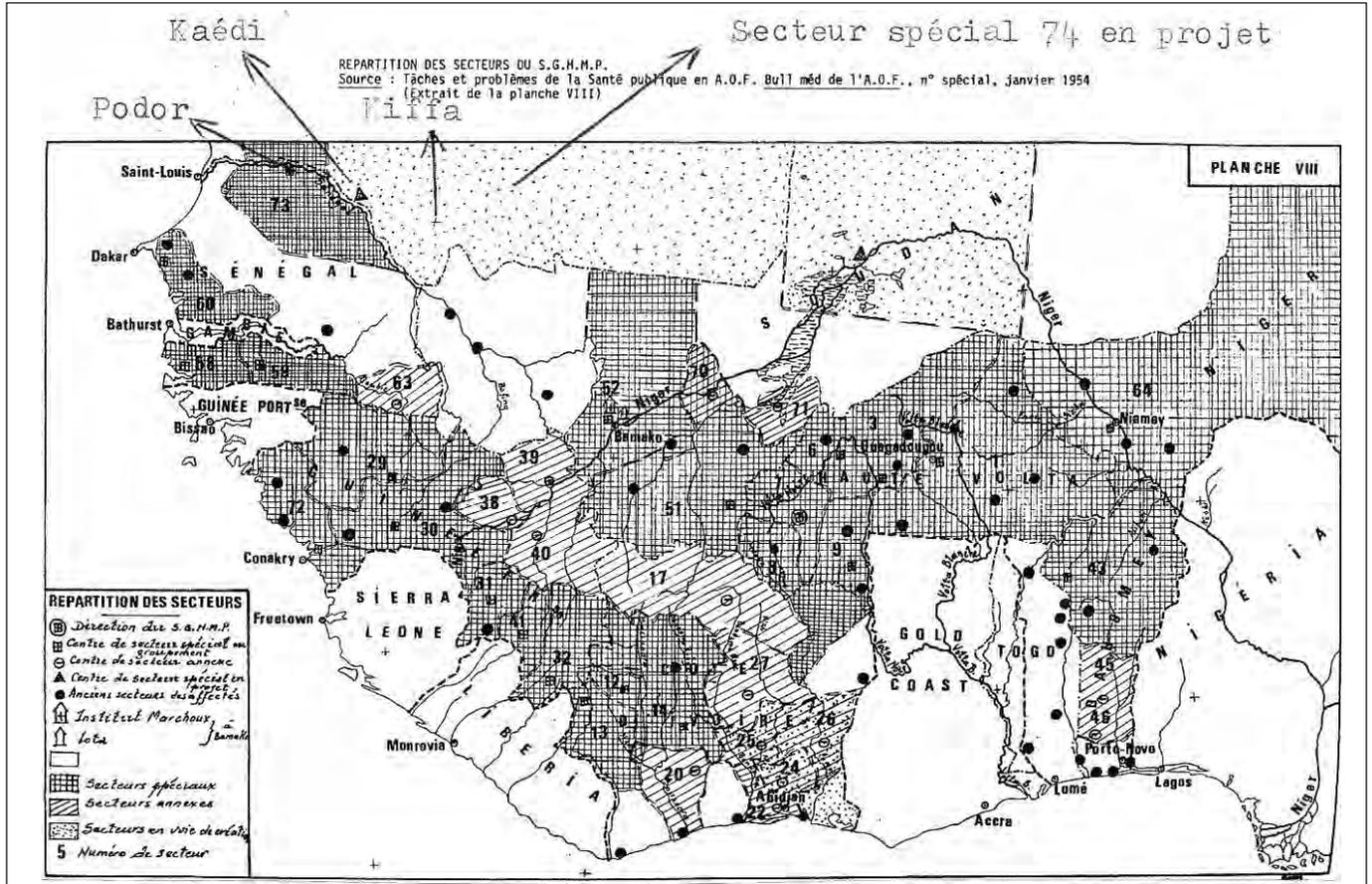
– La diversité des affections à traiter, notamment le paludisme, les dysenteries, les bilharzioses, le ver de Guinée, l'ulcère phagédénique « *si handicapant en particulier chez les nomades* », et, par-dessus tout, la syphilis endémique, « *maladie universelle, fléau du*

pays » et qui « *prime sur tout ici* ». À quoi serviraient des passages épisodiques dans les villages ou les campements, quand cette dernière maladie nécessite une piqûre de Novarsénobenzol intraveineux par semaine pendant trois semaines pour les formes primo secondaires, et deux injections de bismuth intramusculaire par semaine pendant quatre semaines pour les formes tertiaires ? Et comment faire par ailleurs pour les maladies nécessitant des injections quotidiennes, pendant plusieurs jours, d'émétine (pour la dysenterie amibienne), d'émétique (pour la bilharziose vésicale) ou encore des pansements quotidiens en cas d'ulcère phagédénique ou des instillations d'argyrol multi-quotidiennes en cas de conjonctivite ?

– La dispersion de la population, et plus encore ses mouvements « *pendulaires* » en fonction des saisons culturelles ou des transhumances, tant chez les « *Haratines* » que chez les « *Peuls* », aux habitats temporaires disséminés.

– Les moyens de transport, lesquels se résument pour le médecin et son personnel, au cheval et aux convois d'ânes de bât pour le transport du matériel et des médicaments. Pour les malades, pas encore de « *taxi-brousse* », de sorte qu'ils n'ont que leurs pieds ou le « *dos d'homme* » pour venir se faire soigner au chef-lieu, ce qu'ils font d'ailleurs « *sans problème* » s'ils demeurent dans un rayon de 20 kilomètres. Au-delà, l'auto-évacuation est aléatoire sauf si le patient sait pouvoir disposer d'un hébergement familial ou amical, afin de bénéficier d'une cure thérapeutique ambulatoire.

Afin d'améliorer la situation (surtout pré-occupante en matière de syphilis endémique), Abadie envisage plusieurs solutions, y compris l'auto-traitement pour les maladies que l'on



Les 73 secteurs du SGHMP d'AOF en 1954. Le secteur spécial 74 deviendra réalité à la fin de la même année.

peut traiter per os. Mais, dit-il, « ce procédé se heurte à des inconvénients et en condamne l'usage le plus souvent : risque de gaspillage entre des mains inexpérimentées et danger de mauvaise utilisation de substances trop souvent toxiques ».

Dès lors, Abadie étudie la possibilité de création de postes périodiques, avec présence médicale deux fois par semaine, et ce pour effectuer les injections dans le cadre de la syphilis endémique et le renouvellement des pansements dans celui des ulcères phagédéniques. La solution sera vite abandonnée, car elle ne permet pas de traiter correctement les autres affections, sans parler du coût des déplacements du médecin avec ses impédiments.

L'idée (géniale) qui finira par l'emporter sera celle des « postes temporaires », dont Abadie testera avec succès le fonctionnement à Maghama, l'une des subdivisions du cercle du Gorgol, sur le fleuve Sénégal. « L'idéal, écrit-il, est de couvrir le cercle d'un réseau de postes médicaux de ce type, distants de 40 km, afin que tous les villages et campements soient inclus dans le périmètre utile d'un de ces postes, dont le rayon d'action est donc de 20 km. Il n'est en rien indispensable que ces postes soient permanents puisque les principales maladies sociales sont soit chroniques, soit saisonnières. Leur traitement peut être discontinu. »

Le poste temporaire nécessite un local en banco, type « case de passage » (réalisé par l'administration en matériau léger), un mobilier et un matériel rudimentaires (prélevés sur la dotation du dispensaire de Kaédi), un infirmier (prélevé par roulement sur le personnel de ce dispensaire ou de l'hôpital). La seule condition est l'augmentation des dotations médicamenteuses.

Abadie proposera donc, en tenant compte des mouvements de populations, des affections dominantes et des souhaits des chefs traditionnels, trois créations en plus de Maghama :

- Lekseiba : avril et mai, pour les villages le long du Gorgol, et les campements de culture du Walo.
- Afodiar : juillet et août, pour les Haratines du fleuve, remontant pour les semailles dans la zone du « Dieri » intérieur.
- Toulel : septembre et octobre, pour les campements de culture riverains du Sénégal et de l'oued Fimbo.

« Ces laps de temps sont suffisants pour stabiliser l'évolution des maladies sociales des régions considérées, et ce pour la période de dix mois intermédiaire entre deux cures successives, la seconde étant éventuelle si la guérison n'a pas été constatée. »

Mais avant la mise en place de chacun de ces postes temporaires, Abadie imagine – ce qui est la seconde phase fondamentale du projet – que lui-même, avec l'infirmier désigné pour deux mois, effectue en plus dans les villages et campements situés dans les zones d'influence des postes une tournée pédestre de quelques jours, afin de dépister les malades, de les ficher et de les informer de l'ouverture du poste et de la durée de sa période d'activité.

On ignore la réponse de l'Inspection fédérale de Dakar à ces propositions mais ce qui est sûr, c'est que l'idée fit plus tard son chemin dans le cadre du SGHMP polyvalent, qui fonctionna en AOF entre 1945 et 1960, et dont le rôle était, comme on l'a déjà vu, de prendre en charge les endémies majeures de la Fédération. En 1954, malgré leur importance, le pian forestier et la syphilis endémique sahélienne ne sont pas encore au programme du SGHMP. Le projet de les y inscrire est adopté à l'occasion de la Conférence internationale d'Accra de cette même année 1954.

Peu après, le ministre des Colonies de la France d'outre-mer décide de créer dans les zones sahéliennes de l'AOF (Sud mauritanien, Nord-Soudan et Nord-Niger) de nouveaux secteurs dits « spéciaux », avec la mission prioritaire de lutter contre la syphilis endémique, affection persistante reconnue comme le problème alors le plus préoccupant de ces

zones. Ainsi est mis en place, à l'aube de l'indépendance, le secteur spécial n° 74 de Kiffa-Kaédi. Le principe dérive du projet expérimental du médecin-capitaine Abadie. Certes, le nouveau secteur contrôle l'ensemble des activités de lutte contre le fléau, mais en laisse une partie aux mains de l'AMI. La médecine de prophylaxie proprement dite est représentée par une équipe (avec à sa tête le médecin du secteur), plus étoffée que le modeste duo pédestre « médecin-infirmier » du temps de guerre. La médecine d'assistance a en compte les anciens « postes temporaires », désormais à temps plein, et donc devenus de véritables dispensaires, conciliant les activités habituelles d'AMI et le traitement des syphilitiques dans la zone d'influence et selon les schémas thérapeutiques standardisés établis par le secteur spécial. Les anciens rapports des premiers médecins de ce secteur signalent, sans équivoque possible, que ces dispensaires sont issus de la transformation en formations permanentes des anciens « postes temporaires » de la guerre.

En 1964, quand nous nous trouvâmes à la tête du Secteur spécial 74, le principe n'avait pas changé : les dispensaires de l'AMI participaient à la lutte contre la syphilis endémique, coordonnée et supervisée par le secteur. Il en était de même pour d'autres affections comme le trachome et aussi la lèpre, grâce à des auxiliaires, affectés par le secteur dans ces formations, et qui assuraient par exemple des circuits de distribution des comprimés de Dapsone, et ce à l'aide de scooters fournis par l'UNICEF. Ces dispensaires restaient toutefois placés sous la responsabilité administrative du médecin-chef de la circonscription médicale du Gorgol, et sous sa responsabilité technique concernant toutes les activités d'AMI, tout comme au temps du médecin-capitaine Gustave-André Abadie.



Un ancien poste temporaire de lutte contre la syphilis endémique, transformé ultérieurement en dispensaire mixte « AMA-Syphilis » (Monguel-subdivision nomade des Agueillats Mauritanie 1964) Photo J. Le Bras.

Par son idée originale des dispensaires temporaires, il avait non seulement permis qu'on s'attaquât pour la première fois au fléau de la syphilis endémique, mais également que le principe même des secteurs dits « spéciaux » de lutte en zone sahélienne voie le jour et donne la pleine mesure de son efficacité grâce à l'appui des formations de l'AMI.

Ainsi, bien avant que l'OMS ne préconise l'intégration des services de médecine périphériques, les secteurs spéciaux de l'AOF sahélienne permettaient d'instituer entre médecine d'assistance et médecine de prophylaxie une franche collaboration, chaque médecin-chef gardant ses prérogatives en

matière d'administration et de gestion de son service. Cette situation prévalait encore dix ans plus tard, soit après la proclamation de l'indépendance, entre les circonscriptions médicales du Sud mauritanien et le secteur spécial 74 des Grandes Endémies de Kaédi-Kiffa.

La démarche de Santé Publique du médecin-capitaine Abadie avait permis d'envisager puis de créer les secteurs spéciaux sahéliens à compétence particulière, en l'occurrence la lutte prioritaire contre le bégel ou syphilis endémique.

Seconde partie à paraître dans le bulletin 136.

