

Les médecins coloniaux français : des hommes de santé publique ?

Deuxième partie

Joël Le Bras (Bx 58)

Georges-Léon GRALL (Bordeaux 1923)

Quand le médecin-lieutenant des Troupes coloniales Georges Grall arrive à Brazzaville le 26 novembre 1928, frais émoulu de l'École d'Application du Pharo, le médecin général, directeur du Service de Santé de la Fédération d'A.-É.F, est Louis Condé (Bx 1890) – il sera remplacé en 1929 par Alfred Lecomte (Bx 1892) – et le nouveau chef du « Service de Surveillance et de Prophylaxie de la Maladie du Sommeil » (SSPMS) de la même fédération est Gaston Muraz (Bx 1908).

Le SSPMS a été créé en A.-É.F. par l'arrêté fédéral « Merlin – Houillon » du 12 avril 1917, en vue d'organiser la lutte contre la maladie du sommeil dont plusieurs foyers virulents ont alors été détectés, notamment au Moyen-Congo et en Oubangui-Chari. Jusqu'en 1928, aucun titulaire n'a été affecté à ce service, la fonction étant cumulée par le directeur fédéral du Service de Santé en personne. Muraz, ancien médecin-chef pendant près de sept ans du secteur de prophylaxie n° 3 de Fort-Archambault au sud du Tchad, peut être considéré de ce fait comme le premier titulaire à part entière du SSPMS, ce qui d'ailleurs amène le Ministère des Colonies à publier un décret, « recréant » ce dernier (18-01-1928).

C'est à partir de 1918, toujours à la suite de l'arrêté « Merlin – Houillon », que sont créées dans les zones les plus atteintes par la maladie du sommeil les premières « Zones-Pilotes Prophylactiques et Médicales » (ZPPM) qui se mueront peu à peu en secteurs officiels de prophylaxie de la maladie du sommeil. En 1928, ces derniers sont au nombre d'une douzaine, répartis dans les quatre colonies de la fédération, le secteur n° 1 étant celui de Bouca en Oubangui-Chari. Malheureusement, à côté des grands foyers de la maladie, que les secteurs contrôlent, existent d'autres foyers moins importants, inclus dans des circonscriptions médicales de l'AMI où des médecins non formés ont souvent réduit le mal à la



1926 : Les foyers de maladie du sommeil d'Afrique Centrale sous contrôle des médecins des Troupes coloniales de la MPPMS du Cameroun et du SSPMS de L'A.-É.F.

portion congrue, accaparés qu'ils étaient, par le poids souvent écrasant des tâches d'assistance. En prenant ses fonctions, Muraz a imposé d'emblée à sa chefferie fédérale des mesures énergiques, et en particulier celle de considérer les secteurs déjà existants comme

des secteurs principaux et les circonscriptions où sévit aussi, même à minima, la maladie du sommeil, comme des secteurs annexes de prophylaxie (1). Ces derniers se voient donc dotés comme les secteurs principaux d'un centre de traitement des trypanosomés, qu'on

(1) Voir par exemple : Muraz Gaston : Satyres de l'Afrique noire – Édité. Comité de documentation et de propagande de l'Afrique noire française – Paris 1945.



1928 - L'Institut Pasteur de Brazzaville (Cl. CMIDOM).

appellera alors « camp des trypanosomés » et pas encore « hyposerie », d'une équipe de dépistage et de contrôle et de deux ou trois circuits pédestres de traitement. Désormais, et comme leurs camarades des secteurs principaux, les médecins des secteurs annexes (cumulant donc des fonctions de médecins de prophylaxie et d'AMI) bénéficient dès leur arrivée à Brazzaville d'un stage d'un mois à l'Institut Pasteur du chef-lieu de l'A.-É.F.

Désigné pour tenir, à Bambari, la CM de la Ouaka et le secteur annexe « Ouaka 1 B », Georges Grall rejoint son poste, à l'issue de son stage d'un mois, le 12 janvier 1929. À la CM, premier médecin en titre, il y remplace un chef de poste médical, caporal infirmier. Georges Grall effectuera deux séjours à Bambari, quittant définitivement son poste début 1934.

À la fois, donc, médecin d'assistance (consultations, interventions chirurgicales, hospitalisations, vaccinations) et de prophylaxie (administration, gestion et supervision de ses équipes mobiles et de son centre de traitement des trypanosomés), Georges Grall démontrera dans ses fonctions qu'il fut aussi, et ce dans au moins trois domaines, un homme de santé publique, ce qui se traduit par des résultats souvent étonnants et spectaculaires.

En matière de trypanosomiase

Pour pallier la modicité des crédits de fonctionnement de son camp de traitement de Bambari, et notamment de l'entretien des malades et de l'insuffisance de l'hébergement (40 « mauvaises » cases), Georges Grall décida que les malades graves (P2), néanmoins reconnus suffisamment valides pour ne pas rester hospitalisés, et habitant à moins de 25 km du chef-lieu, continueraient de vaquer chez eux à leurs occupations, se rendant seulement au camp de traitement une fois par semaine, à jour fixe, pendant les dix à quinze semaines de la cure thérapeutique (selon qu'il s'agisse d'une « deuxième période précoce » ou d'une « deuxième période tardive »), afin de recevoir leur injection de tryparsamide. Un responsable par village, malade ou non, est désigné : c'est le « capita » qui reçoit pour sa peine une dota-

tion en nourriture. Il lui est fourni aussi à chaque passage à Bambari un paquet de sept bâtonnets de bois d'une douzaine de centimètres chacun, solidarisés par un élastique. Le « capita » en jette un chaque jour, et quand il n'en a plus, il sait qu'il lui faut conduire son contingent de malades au chef-lieu.

Certes, les absents sont menacés de prison, comme l'indiquent les textes en vigueur sur la santé publique. Un seul exemple d'emprisonnement chez un récidiviste notoire dans un village et Georges Grall obtient rapidement un inespéré « 100 % » de présentation, au point même qu'il finit par élargir le rayon d'action de son expérience à 50 km. Le nombre de villages et donc de « capitas » concernés passe à une vingtaine. Au-delà, n'est plus maintenue qu'une seule équipe mobile et pédestre de traitement, au lieu de deux, ce qui permet la récupération pour d'autres occupations du personnel de l'équipe ainsi supprimée.

Au bout de trois mois, Grall peut écrire à Muraz : « Je n'ai pas fait construire de cases supplémentaires pour les trypanosomés du camp de Bambari, comme vous me le demandiez, mais j'ai créé une consultation thérapeutique hebdomadaire de sommeilleux ». Ce qu'on appellera plus tard la méthode du « traitement ambulatoire », laquelle s'étendit aussi aux lépreux de la circonscription, dépendant encore de l'AMI.

Muraz, homme intelligent s'il en fut, répondit par une circulaire adressée à tous les médecins des secteurs, principaux et annexes, d'A.-É.F. : « Le médecin-chef du secteur annexe de prophylaxie de la maladie du sommeil "Ouaka 1 B" a créé à Bambari une consultation de sommeilleux. Chaque médecin-chef de

secteur est invité à étudier si dans les mêmes conditions (ou non), il peut à son tour créer (ou non) une consultation de ce type, et à m'en rendre compte sous présent timbre ». Les secteurs ayant répondu positivement à l'appel de Muraz virent leur « rendement thérapeutique » s'améliorer dans des proportions parfois très élevées, avec des taux de guérison de malades en 2^e période suffisamment significatifs pour que des chefs de village eux-mêmes se transformèrent en « capitas », ou arrivent, sans avoir besoin de les accompagner, à convaincre les malades de se rendre d'eux-mêmes dans les centres de traitement aux dates prévues pour recevoir leur injection.

L'impact fut tel que dans certaines ethnies de la Fédération, les indigènes en vinrent à créer des danses et à composer des chants propres à revaloriser la lutte contre la maladie du sommeil. Ainsi les danses allaient bien au-delà de l'« expression corporelle destinée à plaire ». Tel fut le cas par exemple de la danse des Bandas de la Ouaka et du Haut-Kotto de l'Oubangui-Chari, que le chef de la circonscription de l'époque, Félix Éboué (qui se rendra célèbre au plan national par la suite), appellera le « ballet de la maladie du sommeil ». Georges Grall publia même à ce sujet, en 1932, dans les « Annales de Médecine coloniale », un article qu'il intitula : « L'action thérapeutique du service de la trypanosomiase en A.-É.F., jugée par les Bandas de l'Oubangui-Chari ». Cette danse, en quatre tableaux principaux (le dépistage, la ponction lombaire, le « sommeil », le traitement et la guérison) devint désormais elle-même porteuse de messages. Elle se terminait par un chœur de l'ensemble des participants, et qui disait, en langue sangho : « Les Blancs nous ont guéris ».



Sommeilleux - Bambari 1929 (Photo Georges Grall).



Sommeilleux – Centre de Bambari (secteur annexe Ouaka 1 B) 1930. Malades hospitalisés et malades en traitement ambulatoire.

Même Jamot, au Cameroun, n'avait pas réussi pareille prouesse, faute sûrement, dira malicieusement plus tard Félix Éboué, d'y avoir pensé. Mais ce sont aussi les nécessités d'une situation de pénurie globale des moyens qui avaient amené Georges Grall (puis Gaston Muraz) à agir ainsi, là où Jamot s'était vu par contre octroyer des crédits, du matériel et des personnels, lui permettant de faire couvrir par ses équipes mobiles toute la superficie de sa zone d'action et ce, quelles que soient les distances à parcourir. Là où passeront les équipes de prospection, c'est-à-dire partout, passeront automatiquement les équipes de traitement.

En matière de pian forestier

Certaines régions de la circonspection médicale de Bambari sont alors fortement touchées par cette tréponématose, soignée alors, du moins jusqu'en 1931, par Novarsénobenzol intraveineux, parfois par Sulfarsenol intramusculaire, à raison de 4 injections à une semaine d'intervalle, et encore dans ses seules formes primaires et secondaires. Les formes tertiaires sont le plus souvent abandonnées à elles-mêmes, du fait du rationnement en médicaments mais aussi de la durée du traitement bismuthé (pour peu qu'on en attende un résultat significatif), ainsi que l'impossibilité matérielle de mettre sur pied une équipe mobile permanente. De ce fait donc, ne s'attaquait-on ici ou là qu'au « nettoyage » des pustules des formes initiales, les fameux pianomes ou « framboesia » des Anglo-saxons, ou celui des pianides secondaires.

Face à cette situation, Georges Grall va décider tout simplement de procéder, du moins au niveau des villages les plus proches, comme pour la maladie du sommeil. Désormais le capita de village conduira-t-il jusqu'à Bambari et son centre de traitement, trypanosomés et pianiques ce qui s'effectuera

sans difficultés majeures. Sera maintenu en seul passage – celui du médecin lui-même – dans chaque village, dans un but de dépistage et de sélection des pianiques à traiter, lesquels se présenteront donc à Bambari avec un protocole thérapeutique préétabli.

De passage à Bangui, chef-lieu de l'Oubangui-Chari, en 1931, au retour de son congé intermédiaire en métropole, Georges Grall obtint de la Pharmapro de la colonie, quelques boîtes d'un nouvel arsenical, plus efficace que les précédents, l'Acylarsan, produit en mesure de redonner à la peau du pianique « primaire » son aspect normal avec une moyenne de seulement deux injections, ce qui limitait à une seule fois la venue au centre de Bambari, la première injection étant pratiquée sur place dans le village lors du dépistage.

Du fait de l'amélioration spectaculaire des lésions, on vit, par effet « boule de neige », de nombreux malades se présenter spontanément à la consultation centrale : « *Un jour, il m'est même arrivé de Fouroumbala, à 320 km de Bambari, 120 pianiques d'un coup, les tam-tams ayant fait savoir de village en village que le médecin de Bambari guérissait le labada (pian en sangho). Ces malades avaient marché pendant une semaine...* » (Georges Grall) La vraie difficulté fut alors le ravitaillement en Acylarsan...

En matière de protection maternelle et infantile

« *Une femme noire a eu en moyenne pendant la période d'activité de sa vie génitale la possibilité de mettre au monde en moyenne 16 enfants. L'objectif est d'amener au moins 6 enfants à maturité au lieu de 3 aujourd'hui. Ceci indique la direction à donner à nos efforts : sauver l'enfant pour sauver la race.* »

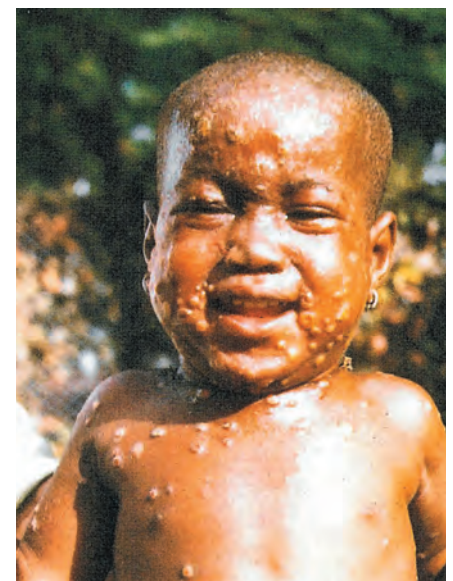
Médecin-major de 1^{re} classe
René Trautmann (Bordeaux 1898) (2)

Quand Georges Grall arrive à Bambari, la mortalité infantile établie par le chef de circonscription Félix Éboué en personne, est estimée à 330 pour mille dans la tribu « linda » et à 510 pour mille dans la tribu « dakpa » appartenant toutes deux à l'ethnie « banda ». Ces taux ont été obtenus en procédant au comptage, au bout d'un an, des enfants survivants par rapport aux nouveaux déclarés (le recensement est alors obligatoire dans le cadre de l'impôt de capitation). Les causes de décès sont essentiellement les maladies infectieuses et parasitaires (dont le paludisme), les troubles nutritionnels et les carences alimentaires, la « débilite » qui, selon Muraz, est liée à l'absence dramatique de surveillance des grossesses.

La situation est à peu près la même dans toute la Fédération d'A.-É.F., où n'existent, en 1928, que deux maternités : celle de Libreville (ouverte par l'œuvre privée du « Berceau gabonais ») et celle de Brazzaville. Et encore, dit Muraz, « *elles ne sont pas ouvertes aux indigènes indigents, soit 95 % de la population* », échappant de ce fait à l'AMI. À Bangui, existe seulement un projet de maternité... Cette dernière n'ouvrira qu'en 1934 « avec salle de bain mais sans eau... ».

Ailleurs, on se contente de matrones traditionnelles sans statut et, *a fortiori*, sans formation ni contrôle. Dans Bambari, même, elles sont au nombre de trois.

La chance va servir formidablement Georges Grall dans ce qui allait être la plus magnifique de ses réussites professionnelles. La chance, mais aussi, bien sûr, certaines de ses qualités naturelles qui sont à même de faire un jour d'un médecin classique un homme de santé publique : une réponse rapide à la sollicitation ou à l'urgence, syno-



Pianomes (pian primaire). (Photo J. Le Bras).

(2) Trautmann René : Au pays de Batouala : Noirs et Blancs en Afrique – Payot – Paris 1922.



Première consultation de nourrissons en A.-É.F. – Juillet 1929 – Bambari – Oubangui-Chari – (au centre le couple Grall).

nyme d'esprit d'initiative, le calme que l'on sait conserver dans les situations inattendues ou délicates, la sûreté dans le geste. Georges Grall raconte ;

« Une dizaine de jours après mon arrivée, portée dans un filet de chasse accroché à de longs bâtons, une femme arrive : elle ne pouvait accoucher du fait d'une présentation par l'épaule. L'enfant était déjà mort, sa main droite pendait à l'extérieur de la vulve. Je fis expliquer par Sassa – mon aide-infirmier – que si on voulait sauver la mère, il fallait extraire l'enfant au plus vite en lui cassant le bras, le père accepte et tout se passa bien. Craignant l'infection puerpérale, je fis comme je l'avais vu faire à Bordeaux et effectuai sur la mère une injection de sulfarsenol. Deux jours après, la femme "prenait son pied la route" et rentrait au village. Intervention banale s'il en fut, mais à Bambari je n'avais jamais eu un prédécesseur qui eût fait tout simplement ce que j'avais fait moi-même. Toujours est-il que le tam-tam résonna à travers la brousse et que quelques jours plus tard se présenta à moi une autre parturiente, elle aussi avait une mauvaise présentation du fœtus, mais ce dernier était encore vivant. Je réussis à le délivrer et à le sauver. Restait à couper le cordon. Sassa me dit que chez les Bandas, c'était toujours le père qui s'en chargeait, à l'aide de son couteau sous gaine et toujours attaché au bras à l'aide d'une bande de cuir. J'obtins que je l'imbibe au moins d'alcool à 90° et le laissai faire. Le père, la mère et l'enfant rentrèrent au village trois jours plus tard. Quelques jours après, même scénario, mais cette fois, le père ne sortit pas son couteau mais me dit en songho, que Sassa traduisit : "Tu es comme mon père et ma mère, c'est maintenant toi qui coupes avec ton couteau". Alors j'ai coupé avec mes ciseaux. Plus jamais personne ne me demanda désormais de pratiquer cet acte avec son couteau. Le tam-

tam résonna longtemps dans la nuit de l'Oubangui-Chari."

Dès juillet 1929, outre les premiers accouchements qu'il pratique (au début ce ne sont encore que des cas « difficiles »), Georges Grall ouvre, le lundi matin, une première consultation hebdomadaire de nourrissons. D'abord ne sont présents que les quelques bébés des accouchées à problèmes dont Grall s'est directement occupé. Et puis un jour d'août, lui arrivent une première femme et son nourrisson né en brousse. La partie est gagnée ! Dès lors on passera de cinq consultants inscrits le premier jour à 47 à la fin de 1929 (et ce déjà pour 870 consultations), jusqu'à atteindre plus de 300 fin 1933 (pour 15 700 consultations).

Les activités des populations n'étant alors en rien rythmées par le calendrier grégorien, le jour de consultation sera rappelé chaque dimanche soir par la voix du tam-tam du poste administratif. Là encore les « capitas » de village sont mobilisés : ils s'acquitteront de cette tâche à la satisfaction de Georges Grall qui institue tout naturellement un système de cadeaux en sel, denrée très recherchée par les indigènes, en savon, en boîtes de lait, en petits vêtements..., offerts aux « capitas » comme aux mères toutes les quatre ou six consultations en fonction des disponibilités. À un moment, on en arrive même à des concours du « plus beau bébé », dotés cette fois de prix en argent « propres à stimuler l'émulation des mères ».

La consultation comporte un examen complet du bébé, une pesée avec courbe de poids, une mesure de la taille, des soins si nécessaire et l'établissement d'une fiche individuelle. Très progressivement sont introduits des conseils simples d'hygiène et alimentaires. Il faut attendre le début de 1930 pour que Georges Grall effectue enfin un premier

accouchement chez une femme ne présentant aucune complication obstétricale.

Un an plus tard, il ouvre sa première consultation prénatale, qui a lieu cette fois le mardi matin. Entre temps, il a réussi à obtenir de l'une de ses accouchées « difficiles » et qui a frôlé la mort de près, de venir à chaque consultation pour faire des recommandations aux mères présentes sur le thème invariable : « l'absence de suivi de la grossesse conduit à une fausse couche ou un accouchement dangereux voire malheureux ». Fin 1931, la consultation prénatale compte 202 femmes enceintes inscrites ; chacune étant venue en moyenne cinq fois durant sa grossesse, attirée il est vrai aussi, par la distribution de cadeaux... La consultation comporte notamment la mesure de la hauteur de l'utérus, l'étude de la position du fœtus ainsi que des conseils sommaires d'hygiène comme la nécessité d'une réduction du travail des champs durant le dernier mois de grossesse, ou alimentaires comme la réduction des plats trop épicés.

La maternité, elle, a été ouverte dès sa construction achevée, soit à la mi-1930. Deux des trois matrones de Bambari y ont été affectées après une brève formation. Chargées de surveiller le travail puis d'exécuter les premiers soins à l'accouchée et au nouveau-né, Grall les fera titulariser en 1932, décidant alors qu'elles pratiquent, seules, des accouchements. En 1934, quand il quittera Bambari, Georges Grall pourra se targuer d'en avoir formé deux autres.

Parallèlement, Georges Grall saura utiliser au profit de sa PMI un outil de travail somme toute inattendu, déjà évoqué à propos des convocations aux consultations, à savoir le tam-tam. À la fin de son séjour, il finira par faire passer par son canal quelques messages simples d'éducation sanitaire, et vérifiera en écoutant la réponse des villageois si ceux-ci ont été bien compris. Il faut dire à ce propos que l'épouse de Georges Grall (qui le seconda déjà dans la tenue de son service de PMI) avait découvert, en musicienne professionnelle avertie, le langage crypté de l'instrument, ce qui ne pouvait que faciliter grandement le travail de son mari, utilisateur dès lors habituel de ce moyen finalement très commode de communication avec les chefs d'équipes mobiles, les chefs de postes fixes de brousse, les chefs de cantons et de villages, ainsi que les fameux « capitas » (3)

Il convient de considérer la démarche de Georges Grall comme une action-type de Santé publique. À partir d'un acte relativement banal d'assistance médicale, donc de médecine curative, suivi d'un second, réussis tous les deux, notre médecin-lieutenant met d'instinct à jour le besoin jusque-là masqué d'une fraction de la population (les femmes

(3) Voir à ce sujet Chronique africaine (J. Le Bras) : bulletin 111 de l'ASNOM décembre 2006 pages 29-30.

enceintes), le transformant en « besoin exprimé ». Dès lors, il lui est possible d'élaborer une véritable stratégie d'action, cette fois collective et de type désormais préventif. La présentation à la consultation, jusqu'ici absente ou alors vécue comme contraignante, devient librement consentie et donc active, basée sur une confiance réciproque.

À petit succès, du moins apparemment, mais habilement exploité, grande réussite finale, puisque sur un terrain quasiment vierge, Georges Grall va donc créer dans sa zone d'action un dispositif cohérent de PMI, suffisamment performant pour susciter bientôt l'intérêt de la hiérarchie et finir par servir de modèle non seulement à la colonie de l'Oubangui-Chari, mais même à la Fédération d'A.-É.F. toute entière. Georges Grall a pu aussi, par une chance inespérée, obtenir l'aide efficace et désintéressée du grand administrateur des colonies qu'était déjà Félix Éboué, lequel, ayant compris très tôt le parti qui pouvait être tiré, au profit des indigènes, de l'expérience réussie de Georges Grall, alerta d'abord le lieutenant-gouverneur Lamblin de l'Oubangui-Chari. De là l'information remonta aux instances fédérales, et notamment au gouverneur-général et au chef des services médicaux et sanitaires Lecomte, et de là au Ministère des Colonies où la direction du Service de Santé est alors entre les mains du médecin-général-inspecteur Jean-Paul Boyé (Bordeaux 1891).

Ce dernier saisit la balle au bond et, à la session de mai 1931 de l'Office international d'hygiène publique, effectuée, devant les membres de cette docte assemblée, une retentissante présentation de l'expérience de Bambari intitulée « *Les essais de protection de l'enfance et de la maternité en A.-É.F.* ». On y lit notamment : « *Au début de 1929, le médecin chargé du poste de Bambari, le docteur Grall, frappé par la grande mortalité infantile (30 à 50 %) de la région, décida de créer une consultation spéciale pour les nourrissons...* » Et Boyé d'annoncer qu'en deux ans le taux moyen de mortalité infantile dans cette circonscription est passé de 310 pour 1 000 à la mi-1929 à 40 pour 1 000 en mai 1931, soit « *un résultat véritablement remarquable et inattendu qui fait honneur à l'administration de l'Oubangui et au médecin (désormais) capitaine Grall qui a su l'obtenir grâce à sa parfaite connaissance de la mentalité des indigènes de cette région... Son succès offre des perspectives d'avenir très encourageantes pour tous les postes médicaux de la colonie comme de la Fédération* ».

Gaston Muraz apportera tout de même un correctif aux propos de Jean-Paul Boyé en précisant que le taux de 40 pour 1 000 de mortalité infantile correspondait en fait au « groupe infantile formant cohorte » du centre de PMI de Bambari, donc les nourrissons de 0 à 1 an suivis une année durant dans ce centre, et parmi lesquels « seulement » dix nourrissons sur 250 environ moururent (soit 4 % de l'échantillon). Dans la réalité, le taux avait été en fait réduit de moitié, se situant à environ 150 pour mille dans l'ensemble de la subdivision, ce qui pouvait être considéré comme une éclatante victoire, surtout en un temps si court. Toujours en 1931, le « *Monde colonial illustré* » publia dans la foulée des révélations de J.-P. Boyé, un article élogieux sur ce « *magistral essai de puériculture (sic) en A.-É.F.* », essai par ailleurs « *en voie de généralisation dans la Fédération* ». Enfin, la présidente d'une société de la Croix-Rouge Française vint même s'informer sur place, à Bambari, en compagnie de Mme Lamblin, épouse du lieutenant-gouverneur, de « l'étonnante expérience du couple Grall ». Elle félicita chaudement Mme Grall pour « sa participation à l'œuvre de son mari, ainsi que Mme Lamblin, à qui elle décerna la médaille d'honneur de sa société de Croix-Rouge... « *Mais pas à nous...* » conclut, philosophe, Georges Grall, dans son journal ! En 1935, l'expérience « Bambari » avait été étendue à l'ensemble des circonscriptions médicales de l'A.-É.F. La Fédération « la plus misérable » de l'Empire était devenue grâce au médecin-chef de Bambari sa « *fédération-pilote* » en matière de PMI. À titre de comparaison, et si l'on s'en réfère à Mme Domergue-Cloarec (4), le taux de mortalité infantile s'élève encore, en Côte-d'Ivoire, en 1936, à 500 pour 1 000 ! À noter qu'il est encore de 235 pour 1 000 dans cette colonie en 1957... Toujours en Côte-d'Ivoire, ce n'est qu'en 1934 que l'on commence vraiment à former des matrones rurales. Plusieurs années avant tout le monde, Georges Grall avait su faire prendre conscience aux femmes de sa circonscription médicale que l'effroyable mortalité frappant leurs nouveaux nés n'était pas une fatalité inéluctable. Il ne s'agissait pas seulement de proclamer, comme le fit en 1927 le gouverneur Carde, que « *la mortalité infantile était une question d'éducation des mères et de pénétration des notions de puériculture dans les milieux familiaux* ». Encore fallait-il trouver la clé qui permettait de transformer ce vœu pieux en réalité. Georges Grall l'avait trouvée pour le bonheur de milliers et de milliers de mères africaines.



Le médecin des troupes coloniales Georges Grall en route pour l'Oubangui-Chari 1928. Collection Yvon Grall.

En guise de conclusion

On retiendra de la médecine coloniale française, telle qu'elle fut pratiquée autrefois en Afrique noire, qu'elle a été d'abord « d'assistance », généraliste comme spécialisée, tant dans les formations hospitalières des villes qu'au cœur des circonscriptions médicales de la brousse profonde, médecine d'AMI, certes routinière, mais dans le sens noble du terme, parce que faite de dévouement, d'abnégation, de persévérance et d'altruisme quotidiens, œuvre « défensive » au long cours et de tous les instants, du début à la fin de la colonisation.

On retiendra aussi qu'elle fut de « prophylaxie », dans la lutte acharnée menée d'abord contre la trypanosomiose humaine africaine puis contre les autres endémies majeures du continent africain, mais aussi contre les épidémies meurtrières qui le ravageaient (5), œuvre « offensive » par excellence, puisqu'elle portait le combat au cœur même des populations, faite de courage, de fatigues, d'humilité devant l'ampleur d'une tâche sans cesse recommencée, mais aussi de cette exaltation née du sentiment grisant de prolonger l'aventure pastorienne jusqu'au tréfonds des grands

(4) Domergue-Cloarec Danielle : La santé en Côte-d'Ivoire 1905-1958 – A.P. Université de Toulouse – Le Mirail et ASOM Paris – 1986.

(5) Rappelons que le 22 octobre 1992, le CDC (Center for Disease Control) d'Atlanta aux USA rendait officiellement hommage, au Pharo de Marseille, aux médecins militaires des services de prophylaxie dont « *les équipes héroïques avaient aidé à libérer l'humanité du fléau millénaire de la variole* ». Le représentant du CDC concluait en s'adressant à ces médecins : « *Vous avez fait le bonheur du monde* ». Des médecins du Service de Santé des colonies et des pays de protectorat vaccinaient déjà les populations du fleuve Sénégal, depuis le centre vaccino-gène de St-Louis, entre 1890 et 1900.



Conférence de Yaoundé OCEAC 1975 (à droite MG Labusquière et à gauche MC Durand, son remplaçant à la tête de l'Organisation).

espaces. On retiendra même d'elle qu'elle était déjà « humanitaire », puisqu'aussi bien l'humanitaire est *a priori* consubstantiel de la vocation même du médecin, où qu'il opère et dans quelque situation où il se trouve, et que le médecin colonial, pour s'être trouvé sans cesse en face non de l'« urgence », mais d'urgences quotidiennes successives, parfois jusqu'à l'infini, n'a certainement pas été moins humanitaire que ses confrères à venir et qu'on nomma, Dieu sait pourquoi, les « french doctors » (lesquels prétendaient, ô ironie, innover en la matière), ni moins désintéressée non plus, n'ayant jamais attendu de contrepartie particulière à son action, n'étant par ailleurs, comme l'écrit Pierre Goutx (Bordeaux 1942), « en rien embarrassée des ambiguïtés perverses des engagements des organisations non gouvernementales ». Mais au-delà, comment ne pas oublier que sous les tropiques, il a existé aussi une autre forme de médecine, que l'on peut rattacher indifféremment à l'un ou l'autre de ces trois types d'action sanitaire, et en quelque sorte les sublimant, la médecine de « santé publique ». Mal connue, mal délimitée, mal appréhendée en son temps et encore aujourd'hui, elle honore pourtant ceux des médecins coloniaux qui l'ont en quelque sorte mise au point. Ils n'imaginaient pas quelles imprévisibles et parfois mortelles embûches ils rencontreraient, pas plus qu'ils ne se doutaient au départ qu'ils étaient en train de se forger, du moins pour certains, un destin hors du commun, ou plus simplement, qu'ils allaient changer celui de milliers, et souvent bien davantage, d'hommes, de femmes et d'enfants, sans en attendre pour autant de la reconnaissance.

Ces médecins coloniaux que nous avons donc appelés les « hommes de santé publique des tropiques » ont été à coup sûr de vrais médecins « de progrès » au sein du Corps de santé colonial. Ils l'ont été autant, par l'exemple, que certains grands chercheurs et découvreurs de nos instituts Pasteur d'outre-mer ou de chirurgiens mettant au point telle ou telle technique nouvelle en matière de lèpre, de filariose lymphatique ou de pian forestier.

Georges Grall, Gustave-André Abadie, Eugène Jamot bien sûr, mais tant d'autres

encore, par dizaines, par centaines peut-être, ont ajouté encore, si besoin était, un peu plus de grandeur à ce corps d'« excentriques » comme l'appelaient les médecins du Service de Santé colonial britannique, et dont on ne comprendrait pas que l'œuvre ne soit pas rangée dans les aspects positifs de la colonisation française.

Annexe

L'évolution de la santé publique d'Afrique noire, après les indépendances

Sitôt proclamées les premières indépendances de l'Afrique noire d'obédience française, la Santé publique – comme le reste d'ailleurs – subit un certain nombre de modifications, même si, pour un temps, ses orientations générales restent sensiblement les mêmes. C'est ainsi que l'Assistance médicale indigène devient « Assistance Médicale Africaine » ou AMA. C'est ainsi que les services généraux d'hygiène mobile et de prophylaxie fédéraux se transforment en Services des grandes endémies nationales, aux attributions identiques. En fait c'est l'Organisation mondiale de la santé qui, peu à peu, s'avisera, insidieusement d'abord, plus ouvertement au début des années soixante-dix, de tenter de subordonner d'autorité la médecine dite « préventive » à la médecine curative, dans le cadre de structures dites « intégrées ».

Parmi les médecins de la coopération sanitaire française qui tenteront de faire barrage à ce qu'ils considéraient comme un danger mortel pour la santé publique africaine, René Labusquière (Bordeaux 1939) essaiera de démontrer combien les objectifs poursuivis par une médecine « fixe et urbaine » et d'autre part, par une médecine « mobile et rurale » diffèrent fondamentalement. Il espérait bien, nous l'ayant personnellement confié, que les États africains seraient assez « sages », en élaborant pour chacune de ces deux formes de santé publique, des statuts bien distincts qui leur donneraient outre une large liberté de manœuvre, un poids sensiblement égal au plan des moyens.

Malheureusement René Labusquière occultait quelque peu une autre forme, nouvelle mais bâtarde celle-là, de la santé publique africaine, empruntant un peu aux deux autres, quoiqu'inorganisée et souvent escamotée, concernant cette fois les populations exponentiellement croissantes des zones péri-urbaines des grandes villes, à la couverture sanitaire dramatiquement insuffisante. Et puis René Labusquière prenait insuffisamment en compte, lui l'homme des grands espaces, cette fraction pourtant considérable de la santé publique rurale et qu'on peut appeler « immobile », pratiquée de très longue

date par les innombrables formations de l'AMA (dispensaires, infirmeries, centres de santé), alors rattachées aux circonscriptions médicales centrées sur un hôpital périphérique, dont il était bien difficile de décider alors si on devait considérer qu'elle relevait de la médecine « fixe et déjà urbaine » ou toujours de la seule santé rurale.

Avec la création des services des grandes endémies dont il était en Afrique centrale le promoteur, comme son ami Pierre Richet (Bordeaux 1925) l'avait été parallèlement en Afrique de l'Ouest, Labusquière savait quand même en partie, et pour un temps, l'existence de la médecine dite de « prophylaxie », et même si, en n'y intégrant pas les formations fixes rurales et, encore moins, péri-urbaines, il ne pouvait guère espérer qu'on éradiquât un jour les fléaux sanitaires dominants, et même si pour les combattre efficacement les nouveaux États indépendants avaient fait le louable effort de créer dans chaque ancienne Fédération de l'empire colonial français de grands organismes coordonnateurs : l'OCCGE de Bobo-Dioulasso et l'OCEAC de Yaoundé.

Maurice Rives (Bordeaux 1942), directeur du Service des grandes endémies de Côte-d'Ivoire (1960-1969) tenta bien dans cet État une expérience de grande envergure, avec ses fameuses « zones DTP » (Dépistage, Traitement, Propagande) : il s'agissait de compléter le travail des équipes mobiles, fers de lance des secteurs des grandes endémies, par celui de multiples micro-équipes (un infirmier, un aide-infirmier, un manœuvre), tenant des centres de zone fixes (avec petit laboratoire) et assurant des circuits pédestres ou cyclomotorisés périodiques, entre les passages annuels des équipes de prospection et de contrôle. Ainsi était assurée une couverture sanitaire des populations non seulement dans l'espace mais aussi dans le temps et ce sur l'ensemble du territoire ivoirien, avec l'ambition à terme, certes confuse encore – mais déjà considérée comme inéluctable – de la transformer un jour en un dispositif avancé de surveillance épidémiologique.

C'était toutefois à la condition, et selon le désir d'ailleurs manifesté par le promoteur de l'expérience lui-même, d'englober un jour dans le dispositif l'ensemble des formations fixes des circonscriptions médicales, comme des zones péri-urbaines (hôpitaux périphériques compris), jusqu'alors tournées pres-



Un centre de zone DTP (secteur grandes endémies Gagnoa Sassandra Côte d'Ivoire 1967).

qu'exclusivement vers une médecine curative d'assistance, si l'on exceptait cependant les maternités, où, bien avant les indépendances déjà, avaient été mis en place des programmes de protection maternelle et infantile, mais sans que nul encore n'ait songé un jour à les rattacher aux services de prévention qu'étaient censés être les SGHMP (Services Généraux d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie), puis les Services des grandes endémies.

Malheureusement l'expérience des zones DTP se limita à la seule Côte-d'Ivoire, aucun autre État francophone de l'Afrique de l'Ouest, comme de l'Afrique centrale, n'ayant

sans doute eu alors les moyens de mettre en place un tel dispositif. Il fallut attendre encore plusieurs années pour que les États créent progressivement, les uns après les autres, une forme enfin plus égalitaire d'intégration – donc plus intelligente – que celle qui avait été envisagée naguère, en donnant cette fois la direction des opérations de « santé rurale » dans les régions sanitaires, non pas à la médecine hospitalière des chefs-lieux comme l'avait un moment préconisé l'OMS, mais à une nouvelle forme de médecine « sociale », avec des secteurs du même nom, supervisant et coordonnant les activités fixes et mobiles, curatives et préventives d'une région donnée,

mais sans y incorporer, encore sans doute à tort, celles de l'hôpital régional.

Ce faisant, créait-on enfin les conditions d'émergence d'une santé publique plus participative, car n'opposant plus le curatif et le préventif, et qui ne demandait qu'à s'épanouir dans les nouvelles et vastes entreprises, d'abord des « soins de santé primaires », ensuite de la « santé communautaire », l'approche des problèmes sanitaires des collectivités ne devant plus se faire seulement en fonction des seuls malades mais aussi en fonction de l'ensemble de la communauté humaine où ils vivent comme de son environnement.

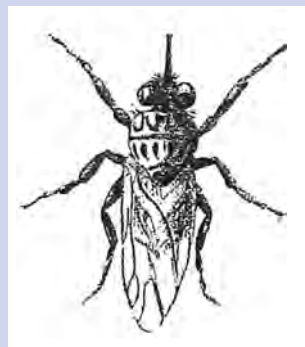
Retour sur la première partie de l'article « Les médecins coloniaux : des hommes de santé publique » (À propos d'Eugène Jamot)

En 1924, le ministère des Colonies publie les instructions dites « Daladier-Lasnet », destinées, selon ses auteurs, à s'attaquer « en priorité » à tous les grands maux responsables de la déchéance des races indigènes et, par conséquent à la pénurie de la main-d'œuvre dans nos colonies. La trypanosomiase humaine africaine n'y figure pas, n'étant considérée que comme une maladie « régionale ». Elle ne fait l'objet que d'un « codicille » succinct où est préconisée prioritairement en matière de lutte, une action contre la mouche tsé-tsé, dans le cadre de ce que l'on appellera bientôt la prophylaxie agronomique ou « prophylagro ».

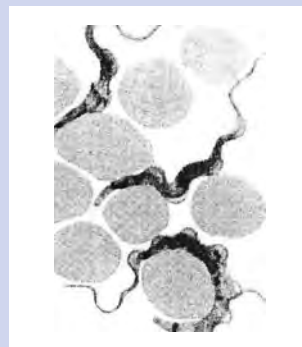
Les résultats de cette méthode, là où elle fut mise en œuvre, ne furent jamais à la hauteur des ambitions de ses promoteurs, pour ne pas dire davantage.

En 1926, Jamot arrache au ministère des Colonies le principe de la création d'une mission autonome de lutte contre la maladie du sommeil, dans le seul Cameroun, alors territoire sous mandat français de la SDN. Il y pose comme méthode de lutte prioritaire la chimio-prophylaxie contre le parasite.

C'est un choix qui s'avérera payant au-delà même des espérances de son promoteur. Ce faisant, Jamot fera l'éclatante démonstration qu'en matière de planification, le choix raisonné des méthodes est une étape capitale, qui a permis de différencier, comme ce fut le cas dans le domaine de la trypanosomiase, l'homme de santé publique de ceux qui ne l'étaient pas.



Glossina palpalis (mouche tsé-tsé).



Trypanosoma gambiense.

