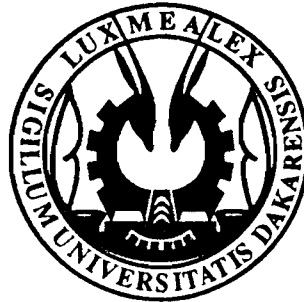


UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT D'HISTOIRE



**Étude des épidémies à Dakar
(1900-1945)
Les mesures sanitaires, la prévention
et leurs conséquences démographiques**

MÉMOIRE DE MAÎTRISE

Présenté par

Maodo GUEYE

Sous la direction de

Monsieur Ibrahima THIOUB, Maître-Assistant à l'UCAD

Monsieur Charles BECKER, Chercheur à l'ORSTOM

ANNÉE UNIVERSITAIRE 1994 - 1995

DÉDICACES

Je dédie ce travail :

- A mon père et à ma mère pour l'amour qu'ils me portent
- A Sérigne Mansour Sy, mon guide spirituel
- A Charles Becker et Ibrahima Thioub pour tout ce qu'ils ont fait pour moi
- A mes frères Luno et Ousmane pour leur soutien, à Magatte pour ses critiques constructives et ses remarques pertinentes
- A mes soeurs Eva, Ndèye, Mounass, Aïbata pour leur soutien constant
- A Ouma pour sa gentillesse, son aide et ses sages conseils en mes périodes de désarroi
- A mes amis Diabel, Moussa Ba, Ndiaga, Mor
- Toutes mes pensées vont vers mon regretté ami et grand-frère Sarane Aïdara, rappelé à Dieu au seuil de la réussite professionnelle. Que la terre de Casamance lui soit légère, amen
- A tous mes camarades d'enfance
- A tous mes promotionnaires.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire de maîtrise est mon premier travail de recherche. J'ai rencontré beaucoup de difficultés au cours de sa réalisation. Il a finalement pris corps grâce au concours et à la bienveillance de certaines personnes. Ainsi je voudrais exprimer mes remerciements les plus sincères et toute ma reconnaissance à tous ceux qui ont œuvré, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail. Je veux citer :

- Ibrahima Thioub qui a accepté de guider mes premiers pas dans le monde de la recherche. Je voudrais le remercier vivement pour sa disponibilité, ses critiques et ses observations si constructives.

- Ousseynou Faye pour sa collaboration.

- Charles Becker grâce à qui j'ai pu bénéficier du soutien scientifique de l'ORSTOM. Je profite de l'occasion pour exprimer toute ma gratitude à l'ensemble du personnel de l'ORSTOM de Bel-Air. Je veux notamment citer : Oumy Ba, Aby Ndiaye pour leur collaboration et leur entier dévouement, Guedj Faye, Tidiane Sène, Aboubacry Mbodj, Abdoul Sow pour leurs conseils et leurs encouragements.

- Saliou Mbaye, Directeur des Archives Nationales du Sénégal, Mamadou Ndiaye et Makhtar Diouf conservateurs

- Ibou Diallo pour son soutien pendant les enquêtes orales, et les notables de la Gueule Tapée

- Enfin, le personnel du Bureau d'Hygiène de Dakar, en particulier le Chef Arona Djigo, responsable du service de documentation et le doyen Mame Ibra Kane, agent du Service d'Hygiène en retraite.

INTRODUCTION

L'histoire de la ville de Dakar a été marquée par des épisodes épidémiques. L'une des principales préoccupations de l'administration a été la situation sanitaire particulièrement mauvaise de la colonie. Les premiers colons européens installés à Dakar ont eu à payer un lourd tribut à la suite de l'explosion de maladies comme la fièvre jaune et le paludisme. Dès 1904, le Gouverneur Général Ernest Roume insista sur la nécessité de mener une lutte efficace contre les facteurs de maladie qui empêchaient toute implantation coloniale durable¹. En outre, le mauvais état sanitaire dans les territoires d'outre-mer donnait une mauvaise image aux habitants de la métropole qui ne voyaient dans le séjour aux colonies qu'une aventure dangereuse. Parlant du paludisme à Dakar, un rapport notait : "il est à remarquer que dans les pays où le paludisme règne à l'état endémique, les générations sont atrophiées, malingres, incapables de travailler, de produire un effort quelconque, se laissant vivre ou mourir sans se préoccuper d'améliorer leur misérable existence faute de l'énergie nécessaire" ². En plus des affections précitées, la ville fut également touchée par des épidémies de variole, de méningite cérébro-spinale, de différents types de fièvres dont beaucoup sévissaient avec une grande fréquence. En 1914, la peste fit sa première apparition à Dakar. A partir de cette date, elle se caractérisa par des manifestations sporadiques jusqu'en 1945 où elle fut considérée comme définitivement éteinte dans la ville. La tuberculose a aussi fait des victimes parmi la population urbaine, avec notamment le retour des Tirailleurs Sénégalais du front européen pendant les deux guerres mondiales, de même que les affections digestives. Cette situation constituait une menace sérieuse pour le projet d'urbanisation de Dakar, préféré de bonne heure aux autres villes que comptait la colonie du Sénégal.

Plusieurs raisons expliquent le choix de Dakar ³. La première est liée à la forme du relief de la presqu'île du Cap-Vert. Ce point le plus avancé du sous-continent ouest-africain présentait des avantages par rapport à Saint-Louis dont le sol marécageux constituait le problème le plus préoccupant. Quant à l'île de Gorée, elle était devenue étroite pour une population en continuelle progression, de plus, elle ne pouvait plus satisfaire les besoins d'approvisionnement de la marine en eau potable. Par son espace relativement large et l'existence de nappes phréatiques abondantes au niveau de Hann, Dakar constituait un endroit favorable. Il constituait enfin une porte d'entrée vers l'hinterland ouest-africain.

¹ Ernest Roume : Discours d'ouverture de la session extraordinaire du comité supérieur d'hygiène (1904).

² ANS H47 : Mission sanitaire du Sénégal. Rapport des Etablissements Hersent et Fils sur le paludisme à Dakar (1901).

³ Assane Seck (1970).

La seconde raison est militaire. La configuration de la presqu'île du Cap-Vert constitue un abri naturel pour la flotte de guerre de la France. L'absence d'une barre et la profondeur des eaux à ce niveau permettent l'accostage des vaisseaux dans des conditions idéales. L'intérêt de Dakar était aussi manifeste du point de vue stratégique. Il permettait d'éviter toute agression éventuelle de la ville par une puissance adverse.

La troisième est économique et est assez proche de la deuxième. La position de Dakar comme carrefour entre l'Afrique, l'Europe et l'Amérique incitait à la création d'un centre économique. Avec l'amélioration des installations du port de commerce à partir de 1907, les maisons de commerce affluent vers la presqu'île du Cap-Vert dont la fonction économique se précise de jour en jour. Il devint dès lors opportun d'organiser ce nouvel espace générateur de profits pour la métropole.

La quatrième raison enfin est politique. Dans l'idéologie coloniale, la ville est considérée comme un symbole de grandeur. Elle est une preuve éclatante de domination des peuples autochtones¹. Elle est synonyme du triomphe de la "civilisation" sur la "barbarie". En d'autres termes, elle contribuait à dévaloriser tout ce qui n'était pas européen. Sur le plan extérieur, elle accroît le prestige de la France aux yeux des autres puissances européennes. Aussi usa-t-elle de tous les moyens pour faire aboutir ce projet.

Le décret du 1er octobre 1902 transféra la capitale fédérale de Saint-Louis à Dakar. L'installation des services du Gouvernement Général à partir de 1907 s'accompagna d'un flux important de fonctionnaires européens. Ces derniers, bientôt rejoints par leurs familles, constituent une communauté importante. Le voisinage des populations autochtones aux moeurs totalement différents de ceux des Européens rendait la cohabitation très difficile. Or, la France ne disposait d'aucun instrument juridique pour les expulser sans être en contradiction avec elle-même. Les épidémies servirent de prétexte à la réalisation de ce projet.

Pour de prétendues raisons sanitaires, des populations autochtones sont déplacées, leurs habitations détruites ou transformées. En 1914, la création de la ville africaine de Médina au cours de l'épidémie de peste montre le caractère ségrégationniste de la politique sanitaire.

Cependant, l'instauration des mesures sanitaires dans la ville a eu des incidences sur la démographie. L'objectif de cette étude est justement d'analyser leurs effets et ceux de la prévention sur la population entre 1900 et 1945.

¹ Alain Sinou : (1985 : 194-195).

Pour ce faire, nous présentons dans une première partie les mesures sanitaires. Il s'agit de faire la revue des procédés utilisés et les acteurs sociaux chargés de veiller à leur application. Il est également fait mention des structures qui ont servi d'appui à la politique sanitaire. La deuxième partie est consacrée à l'étude de la prévention. Elle est une occasion de voir l'importance de la politique préventive, ses étapes et ses méthodes. La troisième et dernière partie analyse les effets des mesures sanitaires et de la prévention sur les populations de la ville. Il faut entendre par là les fluctuations éventuelles de la population et l'évolution démographique dans la ville d'une façon générale. Pour terminer, nous étudions les limites de la politique sanitaire.

Le choix de la période d'étude n'est pas fortuit. Plusieurs raisons montrent son importance pour notre étude.

- d'une part, les années 1900-1945 contiennent plusieurs épisodes épidémiques : l'année 1900 coïncide avec l'explosion d'une épidémie de fièvre jaune particulièrement meurtrière, suivie par plusieurs autres dont la peste, la méningite cérébro-spinale, la tuberculose, la variole etc.

- d'autre part, cette période de 45 ans a vu se dérouler les deux grandes guerres qui ont sans doute eu des incidences sur l'orientation générale de la politique sanitaire au Sénégal. Cependant, l'événement majeur survenu au cours de cette longue période fut incontestablement la nouvelle politique coloniale adoptée par Albert Sarraut à partir de 1921. La spécificité du plan Sarraut fut la volonté d'instaurer une "politique indigène" visant la croissance démographique et "la conservation de la race". Pour y parvenir, la politique coloniale se fixa pour objectif "d'organiser et de poursuivre méthodiquement [...] la lutte énergique contre les maladies, les épidémies [...] qui [...] déciment terriblement les populations autochtones"¹

- enfin, à partir de 1945, fin de la deuxième guerre mondiale, commença le processus de décolonisation des possessions françaises d'Afrique. C'est donc une période de transition importante au cours de laquelle la France a commencé son retrait des affaires administratives des colonies. Il appartenait dès lors aux Africains de prendre en main les problèmes des futurs États indépendants.

Ce travail s'est surtout appuyé sur des documents d'archives. Nous avons notamment utilisé la série H traitant de la Santé en AOF, les sous-séries 1H et 2H intéressant respectivement les affaires médicales et sociales. La sous-série 2 G relative aux rapports périodiques des services médicaux était également consultée. La série P, Travaux Publics,

¹ Albert Sarraut, cité par Catherine Coquery-Vidrovitch (1979 : 53).

n'a pas été négligée surtout lorsqu'il s'est agi de voir les problèmes liés à l'assainissement et à l'urbanisme.

Cependant, les documents d'archives doivent être manipulés avec prudence. En effet, certains administrateurs peuvent être amenés à cacher la vérité dans le seul but d'obtenir une promotion ou de plaire aux autorités métropolitaines. Il arrive qu'on note des contradictions dans les versions d'un même fait. Les divergences sont beaucoup plus nombreuses lorsqu'il s'agit de données chiffrées. Dans le souci d'avoir le plus de précision possible, nous avons complété notre documentation avec des ouvrages généraux et des revues médicales. Parmi ces revues, on peut citer les *Bulletins de la Société de Pathologie Exotique*, les *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, les *Annales de l'Institut Pasteur*, les *Bulletins de l'OIHP* (l'Office International d'Hygiène Publique).

Les documents écrits ne sauraient suffire pour l'étude d'un sujet à caractère social comme le nôtre. A ce propos, nous avons effectué des interviews dans les quartiers de la Médina et dans la banlieue. L'objectif d'une telle démarche est de confronter les sources écrites et les témoignages oraux afin de déterminer l'authenticité des faits rapportés.

Nous devons dire que la méfiance de certains de nos interlocuteurs n'a pas facilité notre travail d'enquête. D'autre part la longueur de la période d'étude (1900-1945) ne nous a pas permis d'avoir beaucoup de témoins oculaires.

Les témoignages oraux donnent une idée sur la position que les populations autochtones ont adoptée face à la politique sanitaire. Comme les sources écrites, ils ne sont pas exempts d'imperfections. Leur contenu peut être rendu discutable par les infidélités de la mémoire ou même par des partis pris des informateurs.

Par l'analyse et la confrontation de toutes ces sources, nous espérons contribuer à l'avancement de l'histoire sociale de notre pays dont une partie importante est encore en friche.

PREMIÈRE PARTIE :

Aspects de la politique sanitaire et sa mise en oeuvre 1900-1945

Jusqu'à la fin du 18^e siècle, le continent africain d'une façon générale et le Sénégal en particulier ne suscitèrent qu'un intérêt commercial pour les puissances européennes. L'activité des Européens se limitait au niveau des côtes où le commerce avec les populations locales se développait de jour en jour. Ces relations commerciales avec l'Afrique étaient l'oeuvre de privés disposant de moyens considérables. Les navires utilisés embarquaient à leur bord des "chirurgiens" chargés de veiller sur l'état sanitaire des équipages. Ils dépendaient directement des compagnies pour lesquelles ils travaillaient. Plus tard, au début du 19^e siècle, les médecins qui faisaient partie des expéditions militaires s'occupaient des soins à donner aux nombreux blessés et surtout aux malades au cours des opérations en climat hostile¹. L'assistance médicale aux populations autochtones n'était pas encore au premier plan. L'organisation de la santé comme l'organisation administrative n'interviendront que vers la fin du 19^e siècle.

Vers 1900, la colonie du Sénégal fut à plusieurs reprises victime d'affections épidémiques. Les années 1880 et 1881 sont marquées par l'apparition de la fièvre jaune qui fut particulièrement meurtrière pour la population européenne. Le paludisme, quant à lui, sévissait à l'état endémique². Le mauvais état sanitaire qui régnait dans la colonie a eu comme conséquence une volonté des autorités françaises de faire face aux problèmes de santé. Le 29 août 1884, un projet de décret, portant sur l'organisation d'un service sanitaire et prescrivant l'application de mesures permanentes, fut soumis à la signature du chef de l'État français. Le corps de santé des colonies et pays de protectorat est créé le 7 janvier 1890 par un décret du Président Sadi Carnot, sous l'instigation d'Eugène Étienne, sous-secrétaire d'État aux colonies. Ce corps eut pour mission "d'assurer le service de santé dans les hôpitaux, établissements et services coloniaux ; il relève directement du ministre chargé des colonies"³.

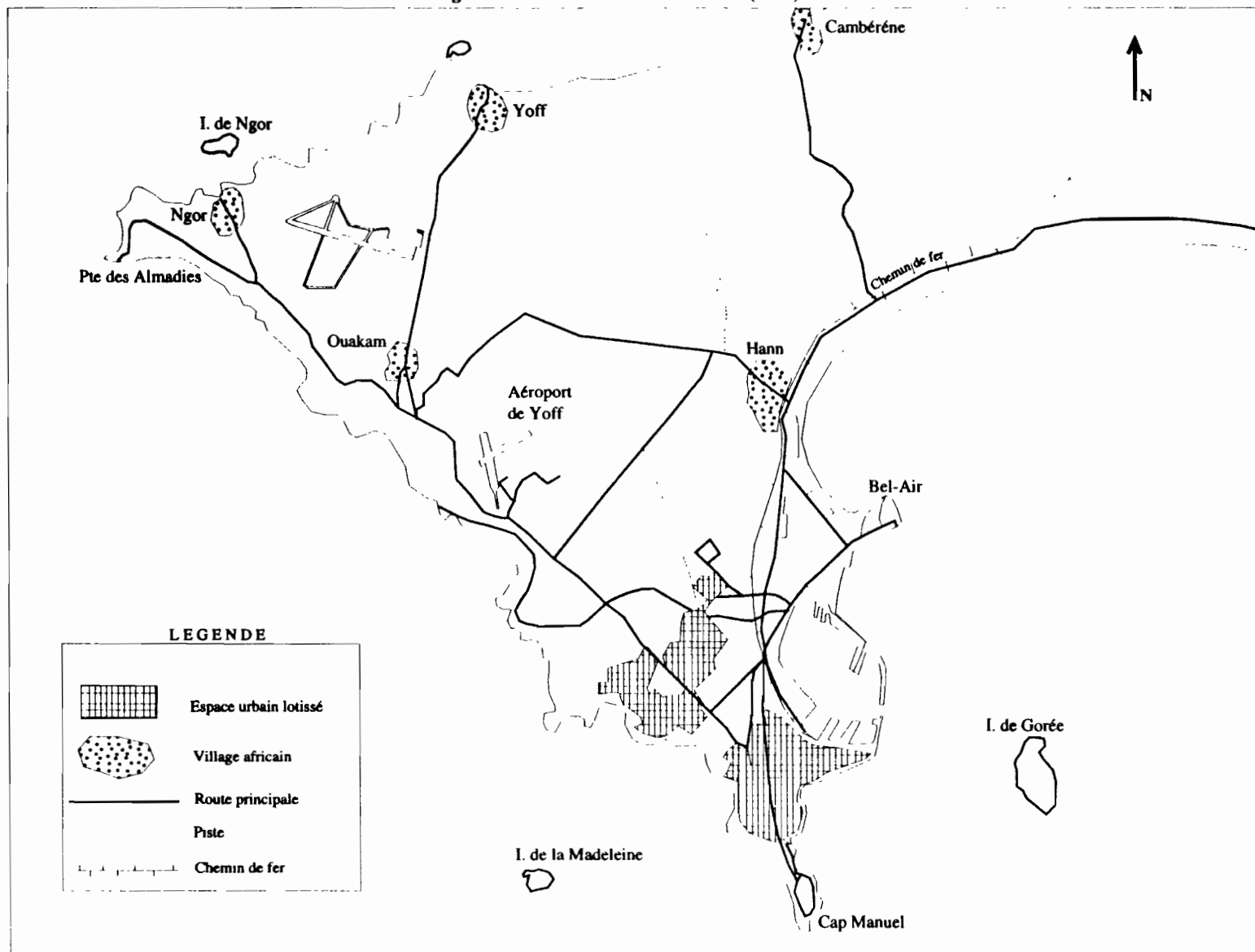
Le principal acte de loi concernant l'organisation de la santé fut le décret du 14 avril 1904 relatif à la protection de la santé publique en AOF. Il est modifié par les décrets du 6 mai 1922, 24 juillet 1924 et 22 novembre 1927. Ce décret a servi de base à l'instauration d'une politique sanitaire dans toute l'étendue territoriale de la colonie.

¹ A propos des premiers médecins européens en Afrique, cf. Lapeyssonie (1988).

² ANS : H47 : Mission sanitaire du Sénégal. Rapports (1901).

³ Lapeyssonie (1988 : 69-70).

Figure 1 : Plan d'ensemble de Dakar (1945)



Source : Anonyme : Neuf plans de Dakar

CHAPITRE I : LES ACTEURS SOCIAUX

Beaucoup d'acteurs sont intervenus dans l'application de la politique sanitaire. La divergence des jugements qu'ils portent sur elle reflétait l'importance de leur nombre et la diversité de leur origine. Le rôle qu'ils ont joué n'a pas ainsi été toujours le même. Il s'agit des autorités administratives, des hommes politiques locaux et des médecins.

1. Les autorités administratives

Les problèmes touchant la santé sont placés sous la charge du Gouverneur. Celui-ci s'appuie sur le chef du service de santé pour exercer un contrôle sur les différents services et établissements sanitaires. Le rôle réservé au Gouverneur dans le processus de mise en oeuvre de la politique sanitaire est exposé dans le décret du 14 avril 1904 relatif à la protection de la santé publique en AOF. L'article premier du décret ordonne aux maires, administrateurs ou commandants de cercle d'appliquer strictement, les mesures sanitaires, sous la surveillance et la direction technique des Lieutenants-Gouverneurs, après approbation du Gouverneur Général.

Les charges placées sous la responsabilité du Gouverneur sont de deux ordres : elles concernent d'abord les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées à l'article 3 du décret précité. Elles concernent également les mesures d'isolement obligatoires des malades dans des locaux affectés à cet effet dans les cas où l'autorité sanitaire le jugera nécessaire. Il appartient aussi au Gouverneur d'autoriser la désinfection ou même la destruction des maisons dont l'opération aura été reconnue impossible et qui constitueraient un danger permanent ; il en est de même pour les objets utilisés par les malades.

Le Gouverneur est d'autre part chargé de veiller à l'application des prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées closes ou non à leurs extrémités, des logements et des agglomérations, quelle qu'en soit la nature, notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau ou à l'évacuation des matières usées, à la destruction des rats, des moustiques et des autres insectes dangereux pour la santé publique. Des dispositions sont également prises au niveau local et communal. Elles se matérialisent par la création dans chaque chef-lieu d'un comité local d'hygiène et de salubrité publiques d'une part, de commissions sanitaires d'autre part.

Le comité supérieur local d'hygiène et de salubrité publiques a été institué par un arrêté du mois de mai 1904¹. Ce comité est dirigé par le chef du service de santé qui occupe le poste de Président. Les autres membres du comité sont au nombre de quatorze : deux conseillers généraux désignés par la commission coloniale, trois médecins dont un militaire, un pharmacien, le directeur des Travaux Publics du premier arrondissement, un vétérinaire et quatre notables indigènes. Ces derniers sont désignés par le Lieutenant-Gouverneur et n'ont qu'un rôle de simples observateurs. Chaque comité élit en son sein un vice-président et un secrétaire général pour une durée de deux ans. Le comité se réunit une fois par trimestre sur l'initiative de son président et chaque fois que l'intérêt général l'exige sur la convocation du Lieutenant-Gouverneur. Le rôle du comité supérieur d'hygiène et de salubrité publiques est de donner son avis sur toutes les questions touchant à l'hygiène et à la salubrité prévues par l'article 9 du décret du 14 avril 1904.

Les commissions sanitaires qui ont un rayon d'action plus limité, s'intéressent à un espace plus restreint. Comme le comité supérieur d'hygiène et de salubrité publiques, elles sont créées par un arrêté daté du mois de mai 1904, conformément à l'article 16 du décret du 14 avril 1904. Cet arrêté divise la colonie du Sénégal en trois circonscriptions sanitaires distinctes : Saint-Louis, Rufisque et Dakar. Chaque commission élit en son sein un vice-président et un secrétaire pour une durée de deux ans. Le chef du service de santé de la Colonie est admis de droit à prendre part, avec voix consultative, aux délibérations de ces diverses commissions.

L'organigramme des services sanitaires révèle la présence de deux autorités administratives distinctes : l'autorité supérieure représentée par le Gouverneur et l'autorité municipale. Elle a aussi donné naissance à beaucoup de conflits opposant les deux autorités précitées. Le décret du 30 août 1878 créant l'institution municipale au Sénégal, notamment en son article 32, chapitre V, soumettait les autorités municipales à subir "l'assistance technique" de l'administration supérieure. D'autre part, le décret du 17 juin 1887 érigeant la ville de Dakar en commune de plein exercice chargeait le maire de tous les problèmes relatifs à l'hygiène et à la salubrité dans toute l'étendue du territoire communal. "L'assistance technique" de l'administration supérieure autorise, en d'autres termes, le Gouverneur à s'immiscer dans les affaires touchant plus directement la commune. Ainsi, le corps municipal, tout en continuant à délibérer de son budget et des affaires de la commune, allait désormais gérer le domaine communal avec l'aval nécessaire des autorités supérieures. Les différences dans l'intérêt que ces deux autorités portent sur les problèmes soulevés accentuent leur écart. Cette situation a engendré beaucoup de conflits qui viennent parfois assombrir les relations entre une autorité municipale et une autorité supérieure plus soucieuse d'entrer dans les

¹ANS : H12 : Comité supérieur et services municipaux d'hygiène (1904-1910). Organisation et fonctionnement.

bonnes grâces de la métropole ¹. L'existence de problèmes d'ordre juridique n'exclut cependant pas le rapprochement des deux autorités dans un domaine bien déterminé : leur conception de la politique sanitaire.

C'est sur le plan idéologique que l'on assiste à une parfaite convergence de vue des deux autorités. Toutes deux ont été de fidèles défenseurs de la cause coloniale. A ce propos, le facteur humanitaire fut bien des fois brandi pour légitimer la domination des territoires d'outre-mer. Pendant la période qui a vu le Parti Colonial atteindre son plus grand essor en France, Jules Ferry s'est toujours attelé à démontrer les "avantages" de l'action coloniale, même pour les peuples dominés. Dans son livre "*le Tonkin et la France*", il affirme les obligations de la France en tant que grande puissance envers les peuples nouvellement soumis par les termes suivants :

"Les races supérieures, c'est-à-dire les sociétés occidentales parvenues à un haut degré de développement technique, scientifique et moral, ont à la fois des droits et des devoirs à l'égard des races inférieures, c'est-à-dire des peuples non engagés dans la voie du progrès. Ces droits et ces devoirs sont ceux de la civilisation à l'égard de la barbarie" ².

Par le concept de "civilisation", Ferry et les partisans de sa thèse croyaient à la nécessité de l'instauration du mode de vie européen dans les nouveaux territoires. Ce geste était également synonyme de faire bénéficier les populations autochtones de tous les bienfaits de la colonisation. Ainsi, l'oeuvre sanitaire dans les colonies devient un argument justificatif de taille. Au nom de "l'amour" que la France porte à ses nouveaux sujets, l'action médicale constitue une obligation morale. L'objectif visé devient la lutte contre les épidémies et endémies qui causaient chaque année des milliers de morts. En 1942, le docteur Ricou écrivait :

"Faire du Noir, pour nous, c'est mener en profondeur notre action médicale, c'est surtout aller résolument vers la lutte contre les grandes endémies africaines, et, plus particulièrement, contre la maladie démographique, [...] protéger la race, assurer son harmonieux développement, en bref, faire de l'indigène de qualité" ³.

L'année 1942 qui trouva la France en plein conflit mondial fut également marquée par la mise la valeur des colonies d'Afrique dans le but de pallier aux difficultés économiques de la métropole. Les actions effectuées en direction des populations locales ont provoqué une amélioration relative de la politique sanitaire. Cette nouvelle orientation de la politique coloniale dont Albert Sarraut fut le précurseur est venue à son heure puisqu'on note à la même

¹ Pour plus d'informations, cf Ndiouma Diouf (1978).

² Jules Ferry, cité par Pierre Biarnès (1987 : 220).

³ Rapport du docteur Ricou, Médecin général, Inspecteur des services sanitaires et médicaux de l'AOF, 1942. Cité par Lapeysonnie (1988 : 170).

époque, dans les possessions françaises, un large mouvement de contestation de la légitimité de la colonisation. Aussi l'administration a parfois rencontré des difficultés dans l'application de la politique sanitaire en milieu africain. Pour faire face à cette situation, elle n'a pas hésité à se tourner vers les hommes politiques locaux qui, de son point de vue, pourraient lui apporter une aide appréciable.

2. Les hommes politiques locaux

Jusqu'en 1914, l'action des représentants du Sénégal au Parlement français s'est caractérisée par une adhésion complète à la politique coloniale de la métropole. Il a fallu attendre l'élection de Blaise Diagne en 1914 pour qu'un changement s'opère enfin. L'accession de Blaise Diagne à la députation revêt une importance particulière pour notre étude. Cela est vrai pour plusieurs raisons :

- il a été le premier député africain du Sénégal qui, jusqu'alors, se faisait représenter par des Européens et des Métis. Pour les hommes de l'époque, cet événement sortait de l'ordinaire.

- d'autre part, l'année de son investiture coïncide avec celle de l'explosion de la première épidémie de peste à Dakar qui a eu une influence importante sur la structure urbaine. Diagne a eu une réaction différente de celles de ses prédécesseurs face aux mesures sanitaires édictées au cours de cette épidémie et pendant les autres affections qui firent leur apparition ultérieurement.

- Blaise Diagne est enfin, par sa formation, à cheval entre la culture de l'autorité sanitaire dispensatrice des mesures "salvatrices" et celle des populations autochtones qui considèrent ces mêmes mesures comme particulièrement oppressives. L'impact de cette situation contradictoire dans la position du député face à la politique de santé semble intéressant à voir.

Deux tendances se dessinent dans l'orientation politique du député. Dans une première phase, Blaise Diagne semble être en étroite collaboration avec l'autorité sanitaire. La deuxième phase est essentiellement consacrée à la défense des droits des populations africaines.

Les autorités coloniales ont souvent buté sur la non-observation des prescriptions d'hygiène, même les plus élémentaires, par les populations autochtones. Le blocage de la situation poussa l'administration à imputer la responsabilité aux agents municipaux chargés de l'application des pénalités prévues. Ces derniers sont par ailleurs soupçonnés d'être de connivence avec les populations locales par leur laxisme.

Dans un rapport du Service d'Hygiène s'étalant entre 1899 et 1919, on peut lire :

“L'indifférence de la population indigène de Dakar vis-à-vis des lois les plus simples de l'hygiène, l'ignorance ou le mépris de ses devoirs envers la société, sa mauvaise volonté de plus en plus évidente vis-à-vis des règlements et prescriptions administratifs, devraient fatalement un jour soulever de réelles difficultés aux magistrats municipaux coupables de n'avoir jamais su contraindre la population à se plier sans discussions aux arrêtés sanitaires”¹.

Ces propos traduisent tout le désarroi des autorités sanitaires de la colonie. L'indifférence de la population aux prescriptions médicales s'est parfois transformée en hostilité. L'épidémie de peste de 1914 a donné naissance à des incidents opposant les populations locales aux agents d'hygiène chargés de l'application des mesures sanitaires exceptionnelles, conformément à l'arrêté du Gouverneur Général en date du 24 juillet 1914.

Pour apaiser la tension qui prévalait, Blaise Diagne prôna l'obéissance. Dans son télégramme n° 174 du 9 octobre 1914 adressé à son représentant à Dakar, il conseille aux populations d'évacuer les villages sans tapage sous la promesse du recouvrement de tous leurs droits de propriété. Dans un autre télégramme du 10 novembre 1914 qui a des allures de menace, Diagne affirme :

“Si indigènes veulent que toujours puisse les servir utilement, il faut suivre mes conseils et accepter vaccinations et déménagements villages dont décès Demba Aïta est preuve nécessité urgente. Réponse immédiate”².

A partir de ce moment, il devient intéressant d'élucider un certain nombre de questions. Diagne a-t-il épousé l'orientation politique de l'administration en matière de santé ? Cette alliance avec l'autorité ne constitue-t-elle pas une menace pour ceux-là mêmes qui ont été les artisans de son élection à la députation ? C'est également ce que semble penser le journal *la Démocratie du Sénégal*, organe du parti Jeunes Sénégalais dans lequel Diagne militait. Le journal expose sa position sur la question de l'expropriation des populations autochtones en ces termes :

“Cette suprême question de politique et d'administration sénégalaise d'intérêt général, appartient au député du Sénégal. Il doit la traiter, la porter devant tous les hauts pouvoirs métropolitains, la divulguer dans la presse au public compétent, la divulguer dans la population métropolitaine. En cela, en ne se laissant pas prendre à la fameuse entente dite Union Sacrée, qui n'est que pour les choses de guerre et qui pourrait bien être un jour reconnue comme ayant été une sacrée duperie pour les partis républicains et socialistes si

¹ ANS : H22 : L'hygiène à Dakar (1919-1920). Rapport du Service d'Hygiène (1899-1919).

² ANS H55 : Peste à Dakar (1914).

leurs conducteurs ne veillent et n'agissent partout et dans tout sans cesse et sans esprit de crédulité”¹.

Pourtant, à y voir de près, l'attitude de Diagne semble obéir à une logique bien déterminée. Son action visait d'abord à conscientiser ses compatriotes des bienfaits de l'oeuvre médicale, ensuite à lutter pour la sauvegarde de tous leurs droits. Dans la lettre qu'il a adressée au Gouverneur William Ponty, Blaise Diagne écrit :

“Puisque la peste et les préjugés qu'elle engendre chez les indigènes à la suite des procédés vexatoires que la municipalité de Dakar, doublée de la délégation du gouvernement du Sénégal, a instaurés dans l'application des mesures prophylactiques, grèvent la situation, il apparaît bien que, si l'administration a le devoir d'enrayer le fléau par tous les moyens admis partout, là s'arrête son rôle. Elle ne saurait à l'encontre du droit, exproprier la collectivité indigène d'un sol qui leur appartient pour en enrichir des spéculateurs se couvrant, qui plus est, de mandats élus quelconques, voire même de situations sociales plus ou moins considérables ”².

Le combat mené par le député contre toute sorte d'abus va de pair avec sa reconnaissance des bienfaits de la politique sanitaire dans la lutte contre les épidémies. Ces épisodes de “collaboration” avec l'administration rappellent l'action des premiers députés du pays. Ceci a une explication. Diagne et ses confrères ont passé une bonne partie de leur vie en milieu occidental. Son séjour en métropole peut susciter chez certaines populations autochtones un sentiment de méfiance. Afin de rendre la politique sanitaire plus persuasive, l'administration sollicita le soutien des notables africains dont l'influence était réelle parmi la population locale.

3. Les notables africains

L'administration française a souvent eu recours aux chefs temporels ou spirituels pour raffermir son autorité dans la colonie. Dans la ville de Dakar, la sollicitation des chefs traditionnels a été constante, notamment pendant les périodes de graves épidémies. Le soutien des chefs autochtones était important pour deux raisons :

- d'une part il sert de complément à l'action combinée des autorités sanitaires et des hommes politiques locaux pour la parfaite application des prescriptions médicales au sein des populations africaines. En d'autres termes, l'administration s'attend à ce que ces chefs réussissent là où les actions déjà entreprises n'ont eu qu'un résultat modeste. La cohabitation des chefs avec les populations du pays doit être un facteur important.

¹ ANS : H21 L'hygiène à Dakar. (1916-1918). Extrait d'un Journal *la Démocratie du Sénégal* n° 181 du 12 avril 1916.

² ANS : H55 Peste à Dakar (1914). Lettre de Blaise Diagne au Gouverneur Général Ponty du 11 août 1914.

- d'autre part la collaboration des chefs traditionnels avec l'autorité médicale pouvait être considérée comme prometteuse. L'administration comptait sur les liens d'obéissance existant entre le Sérigne N'dakarou ¹ et ses administrés ²

La stratégie adoptée par les autorités sanitaires consiste à obtenir l'appui des notables les plus écoutés pour combattre l'influence des guérisseurs africains et des matrones. Elle vise également à faire accepter aux populations locales la nécessité des mesures d'hygiène et à insister sur les méfaits de leur non-observation. L'arrêté du Gouverneur Général n° 264 en date du 16 mars 1933 ³ portant sur la nomination des chefs de quartier chargeait ces derniers des missions suivantes :

- faire exécuter et respecter les prescriptions d'hygiène
- déclarer les maladies épidémiques et les cas suspects.

La circulaire du Gouverneur Général n° 2046/SSM/I du 28 octobre 1939 ⁴ relative à la prévention des épidémies de méningite cérébro-spinale exhorte les autorités administratives et médicales à “s'efforcer d'obtenir en tout temps des chefs de quartier, village et canton la déclaration immédiate de toute morbidité anormale”.

Dans une correspondance du 27 septembre 1914 invitant les chefs de village de Dakar à apporter leur concours aux mesures sanitaires exceptionnelles instaurées dans la ville, le Gouverneur Général Ponty s'exclamait :

“Je compte que vous donnerez l'exemple parce que vous êtes et vous avez été de tout temps mes amis et que vous savez que je ne vous ai jamais trompé” ⁵.

L'aide apportée par les notables a permis aux campagnes de vaccination d'atteindre des résultats remarquables. L'Institut Pasteur de Dakar a trouvé auprès d'eux le concours le plus empressé au cours de ses tournées de vaccination mixte contre la variole et la fièvre jaune par scarification. Grâce à eux, les rassemblements prévus par les agents vaccinateurs se sont effectués avec la plus grande ponctualité, avec toujours le même dévouement ⁶.

La chefferie religieuse traditionnelle a été également sollicitée par l'autorité sanitaire. La preuve de cette affirmation est fournie par les témoignages décernés au marabout Seydou Nourou Tall, titulaire de la médaille de la Santé Publique. Le chef du service de santé

¹ Mot wolof signifiant “Marabout de Dakar”. Pour plus de détails sur l'organisation politique et sociale de la communauté lébou cf. Assane Sylla (1992).

² Cf aussi Armand Pierre Angrand (1942 : 27).

³ ANS : 21G143 (103) : Incidents, renseignements policiers, divers (1934-1943).

⁴ Source : Idem.

⁵ ANS H55 : Peste à Dakar (1914).

⁶ ANS : 21G 143 (108) : Incidents, renseignements, divers (1934-1943).

considère l'oeuvre de l'homme comme étant de haute portée puisqu'il "prône toujours et partout la nécessité de l'observation des règles d'hygiène, s'élève contre l'abus de l'alcool et met en garde ses coreligionnaires contre les agissements des marabouts étrangers, soi-disant armés de pouvoirs efficaces contre les maladies et fléaux naturels, mais dont le but est uniquement de récolter d'abondants honoraires"¹.

L'administration ne voyait dans l'utilisation des chefs traditionnels qu'un moyen de diffusion de la politique sanitaire au sein des populations autochtones. En réalité, les chefs autochtones n'avaient aucun pouvoir. En 1917, le Gouverneur Général Van Vollenhoven énonçait dans une circulaire :

"Ils [les chefs] n'ont aucun pouvoir propre, d'aucun espèce car il n'y a pas deux autorités dans le cercle, l'autorité française et l'autorité indigène, il n'y en a qu'une. Seul le commandant de cercle commande, seul il est responsable. Le chef indigène n'est qu'un instrument, un auxiliaire. [Le recours à la chefferie] ne s'inspire pas de l'intérêt des chefs. Ceux-ci ne sont pas d'anciens souverains dont nous voulons ménager les trônes ; les trônes, ou bien n'existent pas, ou bien ont été renversés par nous et ne seront pas relevés. Entre nous et ces populations [colonisées], il doit y avoir un truchement. Et c'est le chef qui est ce truchement"².

Les chefs coutumiers étaient d'ailleurs conscients de la façon abusive dont l'administration les utilisait. Lors du passage du ministre des Colonies à Dakar en octobre 1936, une délégation de la communauté lébou déposa une pétition pour protester contre le licenciement de certains notables par le maire de la ville. On pouvait y lire :

"Il est à retenir que si la Municipalité et l'Administration veulent bien s'intéresser à ces chefs de quartiers, c'est surtout dans le but de profiter de leur influence et de pouvoir se servir d'eux comme intermédiaires dans leurs rapports avec une population comptant encore une fraction importante d'illettrés"³.

On peut ainsi penser que si les chefs ont accepté cette collaboration en étant bien conscients de l'exploitation dont ils étaient victimes, c'est sans aucun doute dans le but d'obtenir certains privilèges. Le soutien des chefs autochtones a offert à l'administration l'occasion de s'immiscer dans les affaires coutumières. Cette ingérence a parfois engendré des crises au sein de la communauté lébou que la destitution de deux chefs a parfaitement illustrée :⁴

¹ Idem.

² Van Vollenhoven cité par Claudine Cotte dans Catherine Coquery-Vidrovitch (1993 : 89).

³ ANS : 21 G 143 (108) : Incidents, renseignements policiers, divers, pétition du 4 octobre 1936 adressée au ministre des Colonies par une délégation de la communauté lébou.

⁴ D'après Assane Sylla (1992).

- le premier fut Alpha Diol, destitué par les Lébou en 1914 pour avoir annoncé les mesures sanitaires prises par les Français pour combattre l'épidémie de peste. Il ne conserva que ses fonctions de chef de canton de la banlieue de Dakar, qu'il tenait des Français. Il fut réélu Sérigne N'dakarou en 1924 et gardera son poste jusqu'à sa mort survenue en 1936.

- la deuxième victime fut Ibrahima Diop. Au cours de l'épidémie de peste de 1944, il fut accusé d'avoir donné son consentement sur les mesures de destruction par le feu des quartiers de Kâye et de Mbot et l'incinération des cadavres des pestiférés. Son accord aurait été obtenu par l'administration en échange de la promesse de le nommer chef supérieur de la collectivité lébou en remplacement de Gornarou Guèye. Il ne réussit à retrouver son poste qu'en 1953.

La collaboration des dirigeants lébou avec l'administration a engendré des fissures au sein de la collectivité. Les séquelles perdurent jusqu'à nos jours. Néanmoins, cette collaboration a permis aux médecins d'exercer leur métier dans certaines parties de la ville africaine sans heurts notables.

4. Les médecins

Les médecins européens appartenaient au corps de santé colonial, principal instrument de la politique sanitaire de la France en AOF. Il fut essentiellement constitué de médecins militaires. Créé en janvier 1890 sous l'appellation de corps de santé des colonies et pays de protectorat, il recruta d'abord la plupart de ses agents parmi les médecins et les pharmaciens de la marine formés à l'École de santé navale de Bordeaux et à l'École d'application du Pharo, à Marseille, spécialisée dans la médecine tropicale. A partir de 1926, des médecins de l'École de santé de Lyon également spécialisés au Pharo vinrent s'ajouter aux marins.

Le service de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) a eu recours à ces médecins des troupes coloniales placés hors cadre. Il s'est aussi appuyé sur des médecins civils recrutés en France par voie d'engagement individuel, dépendant du chef du service de santé.

Les médecins civils forment l'encadrement du service de l'Assistance. Ils sont engagés pour une durée de cinq ans divisée en deux périodes de deux ans suivies chacune d'un congé de six mois. Ils doivent être titulaires d'un diplôme français de docteur en médecine, d'un brevet spécial délivré par les instituts de médecine coloniale à l'image de ceux de Paris, Bordeaux, Marseille et, à défaut, présenter les garanties équivalentes. Ils sont mis à la disposition du Lieutenant-Gouverneur de la colonie par le Gouverneur Général, sur la proposition du médecin-inspecteur des services sanitaires civils. Avant leur entrée en service,

ils doivent effectuer un stage de trois mois dans l'hôpital principal de la colonie, une étape obligatoire et importante de leur carrière. Étant fraîchement sortis des facultés, ils y trouvent une occasion de s'imprégner des réalités du pays où ils sont appelés à exercer . Tous les déplacements ou tournées du médecin doivent être précédés de l'avis préalable de l'autorité de la circonscription. Le médecin est tenu de se présenter partout où sa présence est jugée nécessaire. Il doit effectuer, de temps en temps, des tournées ayant pour but de donner aux populations malades des soins médicaux, de déceler les cas contagieux ou suspects existant dans les localités visitées, de prescrire les mesures de préservation requises et de donner des conseils d'hygiène notamment en ce qui concerne la protection maternelle et infantile. Les notions d'hygiène et de prophylaxie sont enfin dispensées dans l'entourage des malades et développées au fur et à mesure que s'accroissent les progrès de la pénétration médicale.

L'activité de ces médecins fut grandement freinée par leur nombre relativement modeste. Le phénomène connaît une grande envergure lors des rapatriements du personnel pour cause de maladie ou de mobilisation militaire. La situation avait poussé l'administration à faire des concessions ; dès 1912, par un arrêté du 1er juin, le Gouverneur Général réorganisait le corps des médecins en accordant aux futures recrues des avantages importants. Les avancements se font dorénavant en fonction de l'ancienneté avec possibilité de prétendre au régime de la retraite. D'une manière générale, le problème du manque d'effectif médical est demeuré non résolu dans la colonie. Jusqu'en 1930, on ne note que de timides améliorations même pour la circonscription de Dakar et dépendances. Le tableau ci-joint mentionne le nombre et la répartition du personnel médical :

Figure 2 : Tableau du personnel médical à Dakar (1926-1930)

Personnel médical	ANNÉES				
	1926	1927	1928	1929	1930
Médecins	6	9	6	7	9
Pharmaciens	2	2	1	1	1
Dentistes	0	1	1	1	2
Infirmiers	6	9	12	12	10
Hygiénistes	0	0	3	3	0
Total	14	21	23	24	22

Source : Anonyme, La circonscription de Dakar et dépendances Ed. Géographiques et maritimes, 1931, page 99.

Le personnel médical en service dans la circonscription de Dakar et dépendances n'a presque pas varié en nombre de façon significative. Si ce nombre connaît une progression entre 1926 et 1927 où il passe de 14 à 21, la croissance se ralentit considérablement entre 1927 et 1929. Pour cette période, l'augmentation du personnel se réduit à trois unités seulement. A partir de 1929, on note une baisse. Le nombre total des agents de santé n'est plus que 22.

Le déficit de personnel empêchait le bon fonctionnement du service de santé. L'administration a pensé résoudre le problème par la formation d'auxiliaires autochtones sur place même.

L'intérêt de la formation de "médecins indigènes" a été maintes fois mis en exergue par les directeurs des services sanitaires. Dans ce cadre, les médecins européens exerçant en AOF utilisaient des auxiliaires techniques recrutés en milieu africain. En 1906, un arrêté du Gouverneur Général crée le corps des aides-médecins autochtones "destinés à être employés à l'assistance médicale sous la direction des médecins européens de l'AMI". Ils étaient d'abord choisis parmi les populations africaines sachant parler le français et placés auprès d'un médecin européen en qualité d'élèves pour une durée de deux ans. Par ce procédé, l'administration a réussi à former quelques bons infirmiers qui rendaient d'excellents services. Cependant, le manque d'instruction solide les obligeait à subir une surveillance permanente en ignorant souvent les notions les plus élémentaires et les plus essentielles de la médecine.

Le problème de l'utilisation d'auxiliaires autochtones a trouvé une impulsion nouvelle à la faveur de l'organisation de l'enseignement public en AOF. De cette élite africaine nouvellement constituée, l'administration décida de former, non plus de simples aides mais des agents médicaux capables de suppléer au déficit du personnel. Dans ce cadre une école pour les futurs médecins africains fut ouverte.

L'école africaine de médecine de Dakar a été créée par le décret du 14 janvier 1918¹. Ce décret fut modifié par ceux du 11 juin 1918, 18 décembre 1923, 26 mars 1925 et par l'arrêté du 20 décembre 1927. Le ministre des Colonies Henri Simon qui est le promoteur de cette création, explique le but de la nouvelle école :

Le service de l'assistance indigène de l'Afrique Occidentale Française dont le fonctionnement est étroitement lié à l'avenir social et économique de ce groupe de colonies ne peut atteindre son plein développement qu'à la condition d'être assuré, en dehors des médecins des troupes coloniales, par un personnel de praticiens indigènes, dûment adapté à son rôle"².

¹ ANS : JO AOF (1918 : 57).

² ANS : 1H7 (1) Ecole Africaine de Médecine de Dakar. Monographie de Couvy.

Du résumé des textes organiques instituant l'école de médecine, il ressort que celle-ci a pour but de former des auxiliaires médicaux : médecins et sages-femmes africains. Ces derniers doivent concourir, dans l'ensemble des colonies de l'AOF au service de l'assistance indigène. Ils sont placés sous la direction et le contrôle de médecins européens.

En octobre 1919, une section d'élèves-pharmaciens fut ouverte au niveau de l'école. En 1930, ce fut le tour de la section des élèves-infirmières-visiteuses. La création de la section des infirmières-visiteuses avait été envisagée depuis 1926. Leur rôle fut clairement défini par les instructions du Gouverneur Général Carde du 15 février 1926. Les infirmières-visiteuses avaient pour mission de veiller sur l'hygiène des femmes enceintes et des nourrissons. Elles devaient, en plus, pénétrer dans tous les milieux locaux pour y dépister les tuberculeux et les syphilitiques.

Les candidats des sections de médecine et de pharmacie sont recrutés dans toutes les colonies de l'AOF, après une phase préparatoire à l'école William Ponty de Gorée et au lycée de Saint-Louis. Les fonctionnaires désireux de faire des études médicales pouvaient y être admis à la suite d'un examen spécial portant sur un programme analogue à celui enseigné à l'école William Ponty de Gorée.

Le niveau d'instruction de tous les élèves correspondait en moyenne aux connaissances exigées en France pour l'obtention d'un certificat d'études primaires supérieures.

Les élèves-sages-femmes provenaient des écoles du gouvernement ou des écoles privées des différentes colonies de l'AOF. Une grande partie des candidates était fournie par l'orphelinat de Bamako où étaient internées des Métisses. Le niveau de leurs études était sensiblement inférieur à celui des élèves-médecins ou pharmaciens. Les connaissances des meilleures candidates étaient loin de correspondre à celles d'une élève de France ayant passé avec succès l'examen du certificat d'études primaires. La limite d'âge à l'entrée était de 18 ans au moins et de 25 ans au plus.

Les futures infirmières-visiteuses étaient recrutées soit parmi les élèves-sages-femmes à l'issue de leur première année d'étude, soit directement par voie de concours. Les modalités du concours étaient les mêmes que celles des élèves-sages-femmes.

La durée des études était de quatre ans pour les médecins, trois ans pour les sages-femmes et deux ans pour les infirmières-visiteuses. Elles sont (les études) sanctionnées par un diplôme obligeant le titulaire de servir dans l'AMI pendant dix ans. A l'expiration de cette

période, les intéressés pouvaient, sur leur demande, être autorisés à exercer dans les conditions fixées par arrêté du commissaire aux colonies.

L'effort des auxiliaires médicaux africains a été jugé positif d'une manière générale.¹ Tous les rapports des chefs du service de santé considèrent leur activité comme satisfaisante. Ils ont pu assurer correctement la marche des dispensaires et les tournées d'hygiène sociale dans les villages de leur ressort. Leur activité a rarement occasionné des reproches sérieux. Leur origine autochtone s'est révélée un puissant moyen de persuasion en provoquant la confiance et l'estime des populations locales. Mais c'est surtout dans le processus d'inculcation de la médecine occidentale aux populations autochtones que leur apport a été le plus significatif. Le Gouverneur Général Brevié notait :

“Ces éléments, issus du milieu africain, connaissant la langue et les moeurs de leurs compatriotes, apportent une aide précieuse à nos médecins : il est possible, grâce à eux, de multiplier les points de contact avec la masse, de gagner sa confiance, de répandre partout les soins médicaux, les mesures de prophylaxie et d'hygiène” ?

Par l'action progressive de persuasion opérée par les auxiliaires africains, l'administration rompt, pour la première fois, avec la pratique d'imposition par la force des mesures d'hygiène. Sous le couvert de la confiance résultant de cette collaboration avec le personnel subalterne, elle espère amener les populations aux concepts d'hygiène et de prophylaxie les plus féconds. Ce fut un voeu qui n'avait jamais été exaucé jusqu'alors.

¹ Voir Blanchard M.(1935 : 1575-1595).

² ANS : 2H13 (26) : Rapport du Gouverneur Général au Ministre du 30 mars 1934.



1

1

CHAPITRE II : LES STRUCTURES

La politique sanitaire ne peut atteindre toute son efficacité par la seule distribution des rôles aux acteurs sociaux. Son application au plus grand nombre de la population suppose la mise en place d'un dispositif important et bien structuré. Ces structures sont toute l'infrastructure médicale sur laquelle l'administration s'appuie pour permettre l'application des mesures sanitaires édictées. Ce sont des hôpitaux, des dispensaires, un service sanitaire et maritime au niveau du port et l'institut Pasteur de Dakar.

1. Les hôpitaux

L'hôpital constitue un outil important dans le processus de mise en place de la politique sanitaire. La construction d'établissements hospitaliers en AOF s'inscrit dans le cadre de la volonté des autorités métropolitaines de soigner les maladies épidémiques et endémiques qui touchaient particulièrement la population européenne. Ainsi, les premiers établissements médicaux érigés s'occupaient-ils du traitement des Européens d'abord. ¹

Ils sont de deux ordres dans l'ensemble de la fédération ouest-africaine. Le décret du 04 novembre 1903 relatif à l'organisation du service de santé colonial stipule que les services médicaux comprennent les hôpitaux du service général et ceux du service local.

Les établissements du service général sont destinés à assurer les soins nécessaires à tout le personnel militaire et civil de la colonie. Ils sont à la charge de la métropole et sont administrés, entretenus selon les mêmes règles que les établissements exclusivement militaires. Les règles relatives au personnel militaire en traitement, en ce qui concerne la subordination et la discipline, ainsi que les consignes ayant trait à la police, à la sûreté intérieure et extérieure de ces établissements, émanent du commandant supérieur des troupes coloniales.

Quant aux établissements du service local, ils sont entretenus par le budget de la colonie. Ils sont placés sous l'autorité du chef du service de santé du Sénégal. Au niveau de l'Afrique Occidentale Française, ils relèvent de l'inspection des services sanitaires civils instituée par arrêté du Gouverneur Général en date du 16 janvier 1903.

Dans toutes les colonies de la Fédération, les hôpitaux sont érigés en plein cœur de la ville européenne, à proximité des populations. En temps d'épidémie, ils servent à l'isolement

¹ Marc Sankalé (1969 : 306).

des malades afin d'éviter leur contact avec les individus sains. En temps normal, les médecins y procèdent au traitement suivi des différentes maladies portées à leur connaissance.

Le premier établissement hospitalier érigé à Dakar fut l'hôpital colonial qui appartient au service général. Par la construction de cet établissement, en 1884¹, les autorités de la colonie pensaient pouvoir mettre un terme à la fréquence des épidémies de fièvre jaune et la sévérité avec laquelle elles sévissaient au Sénégal. L'hôpital de Dakar devait permettre l'isolement complet de l'île de Gorée qui était considérée comme la porte d'entrée de toutes les affections épidémiques. En plus, l'hôpital qui était construit dans l'île se trouvait insuffisant pour répondre aux nouvelles sollicitations de la population du deuxième arrondissement.

En 1900, l'hôpital colonial avait une capacité d'accueil de 165 lits dont 120 pour une garnison de 2 000 Européens. Les difficultés engendrées par la croissance de la population urbaine face à la modestie du nombre des lits disponibles ont eu comme conséquence une amélioration de la capacité d'accueil. En 1913, le nombre des lits était estimé à 218. En 1929, il était de 222 et 452 en 1941.²

A l'orée des années 1930, l'hôpital colonial, devenu par la suite hôpital Principal, détient tous les moyens pour fonctionner dans les meilleures conditions. A l'occasion de l'exposition coloniale de 1931, l'Administrateur de la circonscription de Dakar et dépendances écrivait :

“Tous les services ont été modernisés et cet hôpital fonctionne à l'heure actuelle dans les conditions les plus satisfaisantes. Toutes les grandes spécialités y sont pourvues de titulaires qualifiées”³.

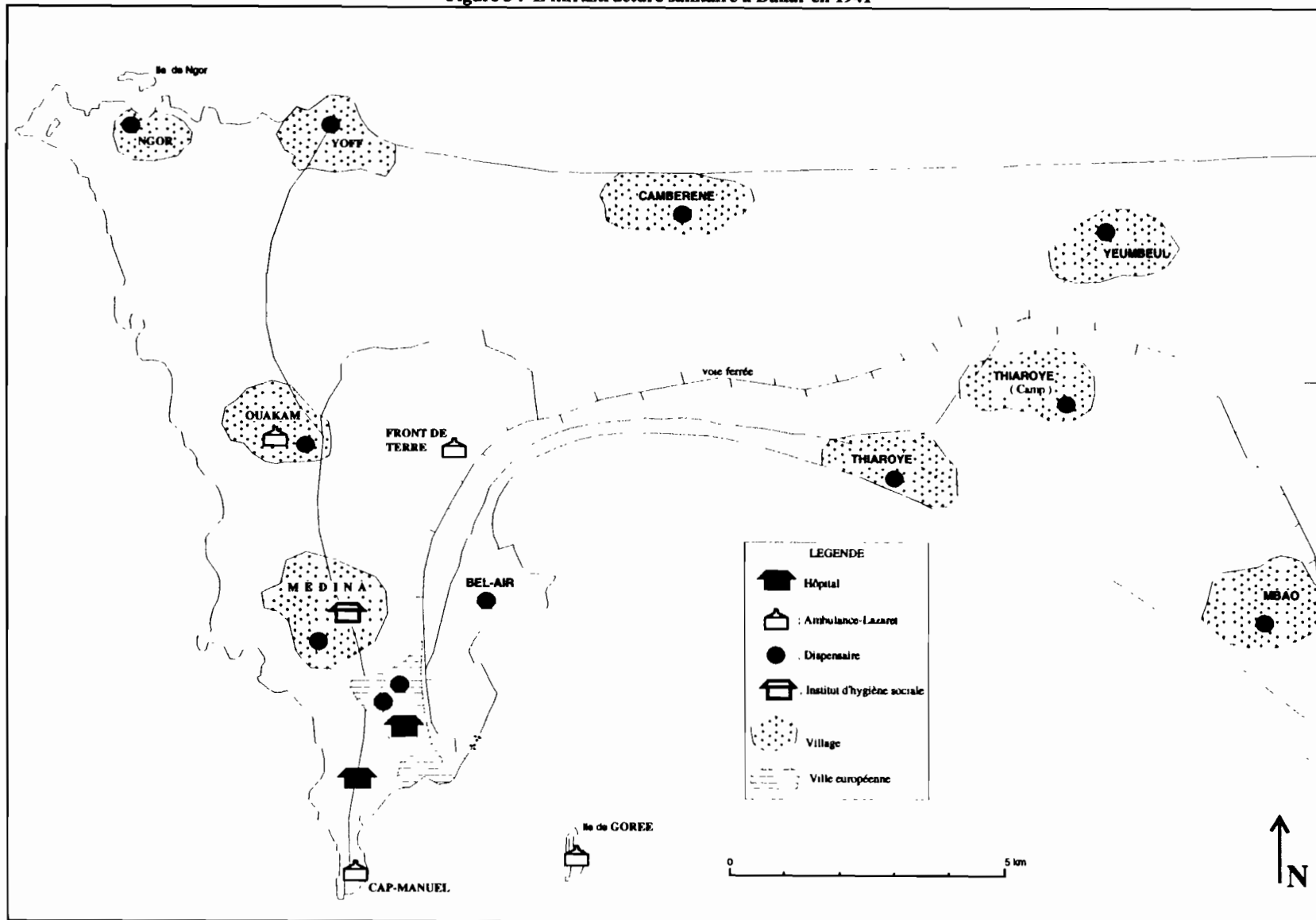
Les améliorations notées ont sans doute eu des incidences sur l'évolution du nombre des hospitalisations. Le tableau ci-dessous indique la clientèle de l'hôpital Principal de Dakar entre 1926 et 1940 :

¹ Jean Delcourt (1983 : 26).

² ANS : 1H25 (26) : Action sociale à Dakar (1941).

³ ANONYME (1931 : 96).

Figure 3 : L'infrastructure sanitaire à Dakar en 1941



Source : I H 25 (26) - Difficulté de l'accroissement des villes (1934-1944)
Action sociale à Dakar - 1941

Figure 4 : Tableau comparatif des hospitalisations à l'Hôpital Principal de Dakar (1926-1940)

Années	Hospitalisations		Indices
1926	Européens	2347	100
	Africains	1976	100
1927	Européens	2407	102
	Africains	921	46
1928	Européens	2268	96
	Africains	765	38
1929	Européen	2458	104
	Africains	1066	53
1938	Européens	1722	73
	Africains	2031	102
1939	Européens	2302	98
	Africains	2630	133
1940	Européens	2891	123
	Africains	2885	146

Sources :

1926-1929 : Anonyme : La circonscription de Dakar et dépendances (1931).
 1938-1940 : 2G 40-15.

L'observation du tableau révèle une nette prédominance de la population européenne dans le nombre des malades admis à l'hôpital. Le nombre des hospitalisations autochtones a été donc modeste jusqu'en 1928. A partir de 1929 on note une élévation importante. Le nombre atteint 1066. Il ne descendra pas du cap des 1000 jusqu'en 1940. L'accroissement des malades autochtones dans cet établissement s'explique par le fait des progrès de l'entreprise coloniale. Le nombre des agents autochtones servant dans l'administration augmente de même que leurs possibilités de se faire traiter à l'hôpital. D'autre part, les rapatriements effectués par le conseil de santé au début de chaque hivernage concernant les militaires et les fonctionnaires dont l'état de santé ne permet pas de supporter les rigueurs de la saison tendent à réduire le nombre des Européens soignés.

L'hôpital principal abrite en son sein une maternité construite en 1926. A sa création, cette formation avait une capacité d'accueil de 24 lits dont 12 au premier étage pour les femmes atteintes d'affections gynécologiques et 12 au rez-de-chaussée pour les femmes en couches. La maternité recevait essentiellement des Européennes et des Syriennes. Les rares patientes africaines étaient des évoluées qui, du fait de leurs rapports quotidiens avec la civilisation occidentale, s'orientaient vers cet établissement. Les malades autochtones qui n'appartenaient pas aux services de l'administration devaient se faire traiter à l'hôpital central indigène.

L'hôpital central indigène fut construit en 1912 vers l'extrémité du Cap-Manuel. Conçu pour l'installation de 288 lits, il est réservé exclusivement aux populations autochtones de toutes catégories. Les Européens ne peuvent pas être traités dans cette formation qui comporte trois grands ensembles :

- le groupe de l'hôpital proprement dit.
- la maternité avec une capacité d'accueil de 30 lits.
- le groupe des contagieux faisant office de locaux d'isolement des malades qui sont atteints d'affections transmissibles.

La construction de l'hôpital central indigène est officiellement motivée par la volonté des autorités sanitaires de mettre fin à l'engorgement de l'hôpital colonial et la peur du développement d'affections résultant de cette situation. Cependant, cette version officielle est sous-tendue par des idées de racisme. En 1913, le chef du service de santé notait :

“Les hôpitaux indigènes ne doivent pas être confondus avec les hôpitaux européens, non seulement pour sauvegarder la suprématie des Européens mais aussi pour les préserver de la propagation des maladies qui atteignent de préférence les hommes de couleur”¹.

Les autorités sanitaires pouvaient également compter sur les ambulances et lazarets initialement destinés à isoler les voyageurs en quarantaine. Par la suite, ils servirent à l'isolement de tout malade ou suspect.

En 1900, la ville de Dakar comptait un seul lazaret : celui du Cap-Manuel. Par la suite, d'autres seront édifiés dans la ville. En 1940, on en comptait quatre.

Le lazaret du Cap-Manuel a été prévu par le décret du 29 août 1884 relatif à la réorganisation du service sanitaire au Sénégal. Son fonctionnement est placé sous l'autorité du Gouverneur de la colonie. Il reçoit essentiellement des Européens, les populations africaines n'y étant admises qu'exceptionnellement. Il dispose d'un personnel qui lui permet de fonctionner dans les meilleures conditions.

Figure 5 : Capacité d'accueil de l'ambulance-lazaret du Cap-Manuel en 1930

Pavillons	Lits	Nombre de chambres
Pavillons des contagieux	15	6
Pavillons des soldats	7	2
Pavillons des dames	8	2
Pavillon des officiers	2	1
Pavillon des cabanons	5	5
Pavillons des indigènes	35	4
Total	72	20

Source : La circonscription de Dakar et dépendances, Société géographique et maritime, Paris, 1931

¹ ANS 2G13-7 : rapport du chef du service de santé (1913)

Un autre lazaret était construit à Bel-Air en 1914, à l'occasion de l'épidémie de peste à Dakar. Il recevait uniquement des autochtones ou des enfants des écoles provenant des quartiers contaminés. En 1920, il comprend cinq cours d'isolement closes seulement avec de la ronce artificielle tendue sur piquets, jusqu'à une hauteur de 1 m 20. Autour du camp, une double barrière de fil de fer barbelé est érigée pour empêcher les évasions. Il existe au total 336 places dans ce lazaret.¹

Les deux derniers lazarets sont construits à Ouakam et au Front de Terre recevant respectivement les passagers jauneux des avions et les autochtones atteints de maladies contagieuses.

Le règlement du fonctionnement de la police intérieure et extérieure de ces établissements est identique à celui des hôpitaux précédemment cités. Pour étendre l'action médicale aux classes populaires, l'administration construisit des dispensaires, implantés à la périphérie de la ville européenne et dans la banlieue.

2. Les dispensaires

En 1900, la ville de Dakar disposait d'un dispensaire situé au niveau de l'avenue Faidherbe. On distingue trois catégories dans la présentation des dispensaires. Les dispensaires municipaux constituent le plus grand nombre. On note en outre les dispensaires situés au niveau de la région du port et l'institut d'hygiène sociale.

Les dispensaires municipaux sont pris en charge par la municipalité. Leur fonctionnement est par conséquent assuré par le budget de la commune de Dakar. Ils se divisent en dispensaires urbains et en dispensaires suburbains.

Les dispensaires urbains, érigés en plein centre de la ville, étaient au nombre de trois. En 1930, ils étaient répartis de la façon suivante :

- dispensaire municipal n°1 au niveau de l'avenue Faidherbe.
- dispensaire municipal n°2 sur l'avenue William Ponty.
- dispensaire municipal n°3 à la Médina, au niveau de la route de Ouakam.

Ces dispensaires étaient dirigés par des médecins employés par la municipalité. Leur activité se dirigea plutôt vers le clientélisme. Ils firent ainsi preuve d'un manque d'assiduité

¹ ANS : H22 : L'hygiène à Dakar (1919-1920). Rapport du Service d'Hygiène de Dakar (1899-1919).

dans les établissements placés sous leur direction. Ils furent progressivement remplacés par des militaires démobilisés d'abord, puis par des médecins auxiliaires.

Les dispensaires suburbains sont disséminés dans les villages de la presqu'île. En 1930, on en comptait trois : à Gorée, Ouakam et Thiaroye. Ils sont tenus par des infirmiers d'une technicité plus que réduite, tout juste capables de soigner des affections bénignes.

Pour plusieurs raisons, les dispensaires municipaux ont joué un rôle important dans le processus de médicalisation des masses populaires. La première est que les établissements hospitaliers recevaient une maigre clientèle africaine. De plus, les populations autochtones se contentaient souvent de la thérapeutique traditionnelle pour combattre les affections les plus graves. De leur point de vue, le traitement fait dans les hôpitaux était peu efficace. Dieng Samb se souvient encore :

“Cette époque (1914-1927) se caractérisait par la fréquence des "mauvaises maladies" et tous ceux qui allaient se faire soigner à l'hôpital mouraient”¹.

La méfiance qui entourait l'admission dans les hôpitaux faisait que les Africains n'acceptaient d'y aller que sous le poids de la contrainte. Les patients amenés à l'hôpital étaient souvent au seuil de la mort, leur maladie, longtemps dissimulée, atteignant un niveau de progression important.

Les dispensaires constituaient donc des moyens efficaces pour convaincre la population africaine des avantages de la médecine occidentale moderne. Leur proximité des quartiers avait pour but de familiariser les habitants avec la présence française. Elle visait par ailleurs à établir la communication entre ces derniers et l'autorité sanitaire. Cet objectif semble être atteint puisqu'on note une nette progression dans le nombre des consultations effectuées dans les dispensaires municipaux comme le montre d'ailleurs le tableau ci-dessous :

Figure 6 : Tableau des consultations dans les dispensaires municipaux (1926-1940)

Années	1926	1927	1928	1929	1939	1940
Nombre de consultations	53671	54715	65798	62578	260694	297154
Indice	100	101	123	117	486	554

Source : Rapports médicaux périodiques.

¹ Entretien du 04 août 1994 avec Dieng Samb né en 1904. Interview effectuée à Yakhadiëuf (Rue Fleurus X Abdoul Karim Bourgi) Plle n°64.

L'étude des indices montre d'avantage la régularité de la croissance des consultations effectuées dans les dispensaires de la ville. Estimée à 100 pour l'année 1926, l'indice du nombre des consultations passe à 101 en 1927, 123 en 1928. A part un léger fléchissement entre 1928 et 1929 (où elle passe de 123 à 117), on note partout une augmentation. En 1940, elle s'élève à 554 ; soit 5 fois plus que le chiffre de l'année 1926.

Les autres établissements de soins ont bénéficié de la nouvelle situation. L'hôpital central indigène voit par exemple le nombre des entrées augmenter sans cesse. De 1610 en 1927, il est passé à 1926 en 1928, 1999 en 1929 et, pour les huit premiers mois de 1930, à 1798. La maternité indigène a enregistré un succès égal. Pour les mêmes années, le nombre des accouchements a été respectivement de 341, 327, 333 et 310 pour les huit premiers mois de 1930. A côté du traitement des petites affections, les dispensaires municipaux procédaient à des vaccinations. Elles visaient particulièrement la partie la plus jeune de la population. Les vaccinations des nouveau-nés contre la tuberculose sont faites à domicile au fur et à mesure que les naissances sont déclarées. L'action des infirmières-visiteuses autochtones à qui incombait cette tâche visait, par la persuasion, à mettre fin à l'hostilité des familles africaines. Le nombre des vaccinations a connu une nette progression d'une manière générale. Il a été respectivement de 277 en 1926, 605 en 1927, 721 en 1928 et 977 en 1929 ¹. Concurrément, les mêmes infirmières-visiteuses donnaient des soins à domicile aux tuberculeux, aux non-transportables munis d'une fiche de traitement. Les vaccinations antivarioliques connaissent la même croissance. En 1927, 1565 vaccinations ont été pratiquées ; en 1928, elles atteignent le chiffre de 6727 et 3364 en 1929. Au 31 août 1930, elles s'élevaient à 3843. Il en est de même pour les vaccinations antipesteuses. Elles sont passées successivement de 9854 en 1927 à 15458 en 1928, à 26678 en 1929 et à 47538 en 1930 pour l'ensemble de la circonscription de Dakar et dépendances. ²

L'importance des dispensaires dans la diffusion de la médecine européenne au sein des populations autochtones avait poussé les autorités à augmenter leur nombre. En 1941, on notait cinq nouveaux dispensaires sur les six existant. Les dispensaires supplémentaires sont implantés à Yoff, Ngor, Cambérène, Yeumbeul et Mbao. L'institut d'hygiène sociale a beaucoup contribué à l'extension de la médecine européenne aux endroits les plus reculés de l'agglomération dakaroise. ³

L'institut d'hygiène sociale de Dakar a ouvert ses portes au mois de juin 1921. Il succédait à la polyclinique de l'hôpital central indigène. Cette polyclinique, installée en décembre 1918, comportait un service de consultations gratuites ayant pour but : l'assistance

¹ ANONYME (1931 : 103).

² Id.

³ Ibidem.

médicale aux populations autochtones et la formation professionnelle des élèves de l'École de Médecine de Dakar. L'institut d'hygiène sociale comprend un service de médecine générale, un service de spécialités, un service antituberculeux et antivénérien. A ces services, sont annexés un petit laboratoire de bactériologie et une installation de radiologie. Des consultations prénatales, gynécologiques et des nourrissons étaient aussi pratiquées dans cet établissement.

La création de cet institut a un intérêt considérable. Il donne aux autochtones la possibilité de se faire soigner sans arrêter leurs occupations et assure en outre la visite médicale fréquente et régulière des élèves des écoles primaires des quartiers de Dakar. Il est aussi chargé des vaccinations antivarioliques, du dépistage des foyers de maladies épidémiques et endémiques et du service antituberculeux à domicile. La liaison entre le malade et le dispensaire est établie par les infirmières-visiteuses qui assurent en outre un service de prophylaxie important. Il s'agit de la vaccination antituberculeuse à domicile par le BCG. Le nombre des consultations a été important.

En 1921, l'institut d'hygiène sociale a enregistré 2620 consultants et 22700 consultations. En 1929, le chiffre des consultants atteint 16942 et celui des consultations 72663. Ces chiffres montrent l'importance de cet établissement aussi bien pour l'instruction des élèves que du point de vue social et politique.

Enfin, on relève l'existence d'un dispensaire construit au niveau du port, plus précisément à Bel-Air, pour assurer un service de consultations à la population ouvrière du port. Il reçoit de nombreux marins de commerce en provenance de navires n'ayant pas de médecin. Il a été surtout orienté vers le traitement des matelots atteints d'affections vénériennes. A chaque arrivée de navire, une notice remise aux commandants des bateaux les autorise à faire traiter gratuitement leurs malades dans le dispensaire qui est placé sous la direction du médecin du port, assisté d'une infirmière européenne et du personnel africain.

Le nombre des consultants a été de 12195 en 1939 dont 685 Européens et 11510 autochtones. Pour la même année, on note 26555 consultations avec 2581 Européens 23974 autochtones. En 1940, on a enregistré 19139 consultants avec 582 Européens et 17199 autochtones. Les consultations sont au nombre de 34363 et sont ainsi réparties : 1483 pour les Européens et 32880 pour les autochtones. Il a été donné en outre, en 1940, 538 consultations prénatales, 1076 consultations d'enfants de 0 à 2 ans et 1807 consultations d'enfants de 2 à 5 ans.

Cependant, le dispensaire du port ne pouvait, à lui seul, suffire pour assurer toute la sécurité sanitaire de cette zone. Pour pallier ses limites, l'administration s'est appuyée sur une

structure plus rigoureuse en matière de réglementation sanitaire : le service de police sanitaire et maritime.

3. Le service sanitaire et maritime

Par sa position de carrefour, le port de Dakar constitue un élément important de développement économique de la colonie. D'une manière générale, les navires qui fréquentent les ports du Sénégal viennent d'Europe, de la côte sud américaine et de la côte occidentale d'Afrique. A partir de 1900, le port de Dakar connaît une très grande activité. En 1903, 110044 tonnes de marchandises y transitent ; en 1912, on note 529592 tonnes embarquées ou débarquées. Le chiffre atteint 1100964 tonnes en 1928. Cet accroissement du volume des marchandises correspond à une augmentation du nombre des navires entrant dans le port. On comptait 397 navires en 1903, 521 en 1907. Ce chiffre double en 1912, atteignant 1213. En 1928, le nombre de navires reçus dans le port était de 3061 ¹. Ces communications constantes avec l'étranger ne sont pas sans danger pour la sécurité sanitaire de la colonie. Elles exigent par conséquent l'institution d'un service de police sanitaire maritime efficace dont la mission est d'empêcher toute importation de maladies épidémiques ou transmissibles.

Jusqu'en 1909, la police sanitaire maritime est régie par le décret du 31 mars 1897 modifié par le décret du 20 juillet 1899. Le décret du 15 décembre 1909 inspiré des prescriptions adoptées par la convention internationale de Paris de 1903 apporte à la réglementation antérieure des modifications notables. Cette convention spécifie que les mesures sanitaires permanentes prévues pour la fièvre jaune, la peste et le choléra peuvent être étendues, par simple décision des autorités locales, à d'autres maladies graves, transmissibles et importables comme la variole, la diphtérie.

A Dakar, le service sanitaire maritime est placé sous le contrôle du Directeur de la santé, secondé par l'Agent principal de la santé. Le personnel est ainsi composé en 1936 : ²

- le Directeur de la santé, médecin-chef de la circonscription ;
- l'Agent principal de la santé ;
- quatre pilotes, sous-agents sanitaires ;
- sept gardes sanitaires dont deux au bureau sanitaire. Les cinq autres en permanence à la capitainerie du port sont chargés du service sur les quais, de l'exécution des arrêtés en vigueur et relatifs à la prophylaxie de la peste. Ils veillent enfin à l'application des mesures particulières prises vis à vis des navires, à la sulfuration, etc...

¹ ANONYME (1931 : 60).

² ANS 1H 111 (163) : Hygiène des transports aériens et maritimes : 1938-1953. Police sanitaire aux frontières maritimes.

La fonction du service sanitaire et maritime consiste à procéder à la reconnaissance et à l'arraisonnement des navires entrant dans le port de Dakar. Son travail s'organise en trois phases distinctes : la transmission de renseignements épidémiologiques, la reconnaissance et l'arraisonnement des navires, enfin l'embarquement et le débarquement des passagers.

Les renseignements sur la situation épidémiologique des colonies et pays voisins sont donnés par télégramme au Gouverneur Général qui les transmet au Directeur de la santé. A côté de ces renseignements en provenance de l'étranger, les autorités sanitaires portuaires restaient attentives aux informations de l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP) et à la situation décadaire des maladies pestilentielles à Dakar. Les renseignements épidémiologiques sont portés à la connaissance des pilotes par l'Agent principal de la santé. L'obtention de ces données permettait à ces derniers de procéder à la reconnaissance et à l'arraisonnement des navires, en rade, loin des quais.

La décision finale de l'Agent principal se prononce sur la libre pratique ou non du navire. Elle est transmise à la compagnie cosignataire. L'Agent principal informe en outre les pilotes et sous-agents sanitaires de la décision prise.

Concernant l'embarquement et le débarquement, les autorités sanitaires portuaires procédaient à une catégorisation des passagers. Dans un premier plan, on distingue l'ensemble formé par les Africains, Libano-syriens, Portugais et Marocains; la deuxième catégorie de passagers est constituée par les Européens.

Les premiers sont soumis à la visite médicale avant leur départ. Ils doivent aussi présenter des fiches de vaccination antipesteuse et antivariolique. Le port de ces fiches était obligatoire. Un permis d'embarquement leur était alors délivré par l'Agent principal. Cette pièce était remise aux passagers européens après seulement un interrogatoire succinct, notamment en temps normal. L'embarquement des passagers malades est effectué en liaison avec la formation sanitaire où le malade a été traité. L'Agent principal s'entend avec le médecin de bord sur les mesures d'hygiène à prendre et lui remet les documents à faire suivre à la formation sanitaire de l'arrivée.

Les candidats au départ provenant de régions contaminées de fièvre jaune doivent satisfaire les obligations de l'arrêté n° 212/ S.S.M. du 31 janvier 1933 ¹ fixant les mesures destinées à prévenir ou à faire cesser les épidémies. Les arrivants des régions victimes de peste doivent subir, après la visite médicale, une désinfection corporelle et vestimentaire et

¹ ANS : JO AOF (1933 : 346).

présenter une carte de vaccination après quoi un permis d'embarquement leur est délivré. Les vaccinations sont faites après cinq jours d'observation hors zone contaminée.

Les modalités de débarquement des passagers sont à peu près identiques à celles de l'embarquement. Comme les premières, elles varient suivant l'origine ethnique et la provenance. Les Africains, Marocains, Syriens, Portugais sont soumis à la vaccination antivariolique et antipesteuse s'ils ne peuvent produire de certificats de vaccination récents.

Les étrangers venant pour la première fois en AOF doivent présenter un certificat médical visé par le consul de France et témoignant de leur bon état de santé. En l'absence de ce certificat, ils sont consignés à bord conformément aux circulaires du Gouverneur Général du 18 janvier 1927 et du 30 avril 1928. Leur interdiction de débarquement cesse au moment où le médecin de la ville leur accorde le certificat prévu.

Les voyageurs provenant des régions contaminées de fièvre jaune sont soumis à une surveillance sanitaire de six jours à compter du débarquement. Cette surveillance sanitaire est effective à la suite d'une visite médicale. Par ailleurs, l'article 108 du décret du 27 décembre 1928 portant sur la réglementation de la police sanitaire aux colonies impose le port du passeport sanitaire contre la soumission à la surveillance sanitaire. Cette mesure est réservée aux personnes donnant à l'autorité sanitaire l'assurance qu'elles se soumettent à la surveillance médicale. Elle n'est appliquée aux populations non-européennes qu'à titre exceptionnel. Ces dernières sont prises en charge par le Service d'Hygiène qui assure leur mise en observation au lazaret.

Les mêmes dispositions sont prises pour les arrivants en provenance des lieux contaminés de peste.

La désinfection des navires s'effectue à bord par une équipe munie d'appareils portatifs et comprenant :

- un agent d'hygiène comme chef de section ;
- deux manoeuvres du poste de secours ;
- un garde sanitaire ;

Le service sanitaire et maritime a souvent souffert d'un déficit chronique de moyens matériels. En 1901, le Dr. Émile Marchoux écrivait :

“Pour effectuer les différents arraisonnements des embarcations à l'entrée de la rade, le médecin assermenté par le service sanitaire ne pouvait compter que sur le soutien de la direction du port qui mit à sa disposition une embarcation. Le service sanitaire portuaire fut

donc à la merci de la bonne volonté (qui peut se lasser un jour) du service prêteur qui, en cas de manque de moyens de transport ou d'indisponibilité du matériel par suite d'avarie, risque de condamner les autorités sanitaires à l'inactivité¹

En 1912, le service sanitaire et maritime avait à sa disposition un appareil CLAYTON sur chaland. C'est une citerne contenant un produit sulfureux destinée à la désinfection des navires. Le matériel se compose en outre d'une étuve à vapeur et de deux salles de sulfuration. Une légère amélioration a été apportée en 1930. En plus de l'équipement mentionné ci-dessus, s'ajoute un gros appareil CLAYTON sur chaland pour la dératisation et la destruction des moustiques à bord des cargos et côtres. On note enfin un important approvisionnement d'obus du SIC du Midi pour la dératisation. Une station de désinfection est parallèlement installée sur le port. Elle comprend une salle de douches, une salle de déshabillage et une autre de rhabillage, une aire cimentée avec bords relevés, une étuve à vapeur avec pression, une chambre de sulfuration, des caisses hermétiques pour la désinfection des vêtements au SIC du Midi.

Le service sanitaire et maritime rencontrait beaucoup de difficultés pour assurer la sécurité de la région portuaire. La côte sénégalaise était sans cesse sillonnée par de nombreuses pirogues, embarcations et navires de petit cabotage. Le déficit de matériel mettait souvent les autorités sanitaires portuaires dans l'impossibilité de procéder aux contrôles prescrits avec toute la rigueur requise. L'autre problème réside dans le flux important des populations "flottantes" en provenance des colonies voisines. A ce propos, un arrêté du 13 août 1913 ordonne que les voyageurs provenant de la Gambie anglaise ou de la Guinée portugaise, par voie de terre ou par voie de mer, soient soumis à une surveillance sanitaire de six jours dès leur arrivée dans la colonie. En 1941, les autorités procédèrent à des expulsions de ces populations vers leurs colonies d'origine. Le rapatriement de la population "flottante" de Dakar n'a pas été une tâche facile. L'effet produit par la ville chez les candidats à l'immigration a eu comme conséquence l'emploi de toute sorte de moyens par les concernés en vue de se soustraire à la mesure d'expulsion.

Le traitement des cas de maladie portés à la connaissance des autorités sanitaires nécessite au préalable l'établissement précis des diagnostics. C'est là où intervient l'utilité de l'Institut Pasteur de Dakar.

¹ ANS H47 : Mission sanitaire du Sénégal Rapports (1901).

4 . L'Institut Pasteur de Dakar

L'Institut Pasteur de Dakar a eu pour ancêtre le laboratoire de microbiologie fondé en 1896 par le Docteur Émile Marchoux à Saint-Louis du Sénégal. Ce laboratoire fut initialement chargé de l'étude de l'hématozoaire du paludisme qui était la cause de la plupart des décès enregistrés, notamment chez les populations européennes de la colonie.¹

En 1913, le laboratoire fut transféré de Saint-Louis à Dakar. Il était contigu à l'hôpital central indigène, à proximité de l'hôpital colonial et non loin du lazaret devenu depuis ambulance du Cap-Manuel. Ces voisinages pouvaient faciliter considérablement les relations entre les formations hospitalières et les services du laboratoire.

De 1896 à 1945, d'éminents spécialistes des maladies tropicales ont passé par ce laboratoire. Parmi eux, on peut citer son fondateur Émile Marchoux qui l'a dirigé de 1896 à 1899. Il y a aussi Thiroux (1905-1910), Bourret (1910-1912), Lafont (1912-1914), Heckenroth (1914-1917), André Léger (1917-1921), Marcel Léger (à partir de 1921). Ce fut d'ailleurs ce dernier qui a réussi, avec l'approbation du Docteur Roux et les directives des Docteurs Calmette et Mesnil, à passer une convention avec le Gouverneur Général de l'AOF. Aux termes de cette convention, l'Institut de biologie de l'AOF devenait une filiale de l'Institut Pasteur de Paris, en 1924. Le nouvel organisme acquerrait ainsi son autonomie administrative et financière. Cependant, il restait un des rouages des services d'assistance médicale et d'hygiène sociale. Il était placé sous la haute direction de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux de l'AOF. L'Institut de biologie de l'AOF était sollicité à chaque fois que l'autorité sanitaire le jugeait nécessaire. Pour consacrer cette nouvelle organisation, le laboratoire de microbiologie de l'AOF prenait le titre d'Institut Pasteur de l'Afrique Occidentale Française. Il se plaçait sous le contrôle financier et scientifique du conseil de l'Institut Pasteur de Paris.²

L'importance de l'Institut Pasteur de Dakar s'est surtout manifestée au cours des épidémies. Sa fonction a consisté à mener une lutte farouche pour le dépistage des maladies. Les analyses effectuées au niveau de l'Institut Pasteur ont permis de déterminer avec exactitude l'identité des microbes et d'utiliser les remèdes les plus efficaces. L'organisme a aussi grandement contribué à la production de vaccins et de sérums visant à atténuer ou à anéantir la virulence des agents pathogènes.

A côté des investigations scientifiques, l'Institut Pasteur de Dakar assure divers services qui ont un intérêt pratique et immédiat. Ces services sont constitués d'examen faits

¹ ANS : 1H140 (26) : Mathis C. (1931).

² ANS : 1H140 (26) : Mathis C. (1931).

à la demande des médecins pour éclairer leurs diagnostics, de la fabrication de vaccins. Un service antirabique a été créé en 1913 pour traiter les personnes mordues par des animaux enragés ou suspectés de rage. A la date du 31 décembre 1930, 666 personnes provenant de toutes les colonies de la fédération ouest-africaine et même des colonies étrangères ont été soumises à la vaccination antirabique. ¹

L'Institut Pasteur de Dakar s'est aussi illustré dans la lutte menée contre la tuberculose. Il a été le premier des laboratoires coloniaux à instituer la prémunition antituberculeuse avec le BCG, suivant la méthode du Professeur Calmette. La vaccination des nouveau-nés fut commencée en mai 1924. Au début, ces vaccinations se faisaient par les soins de l'Institut Pasteur. Par la suite, l'établissement mit plus l'accent sur la préparation des vaccins et confia progressivement leur administration aux médecins et aux infirmières-visiteuses de l'Institut d'hygiène sociale. Le tableau ci-dessous démontre les vaccinations antituberculeuses effectuées par l'Institut Pasteur de Dakar entre 1924 et 1928.

Figure 7 : Tableau des vaccinations anti-tuberculeuses effectuées à l'Institut Pasteur de Dakar (1924-1928)

Années	Européens	Indigènes	Totaux
1924	-	138	138
1925	46	239	285
1926	111	277	388
1927	108	605	713
1928	113	721	834

Source : ANS 2 G 28-17 : Circonscription de Dakar et dépendances. Rapport périodique (1928)

Le nombre des enfants prémunis s'élève à 834 en 1928. Dans ce total, on note 113 Européens vaccinés à la maternité européenne, 289 Africains à la maternité indigène et 432 à domicile. Du 24 mai 1924, date de l'application de la méthode de vaccination aux nouveau-nés autochtones, au 1er décembre de la même année où elle fut étendue aux nouveau-nés européens, le nombre des enfants vaccinés s'élève à 2358.

En résumé, l'Institut Pasteur se donnait comme mission de faire "des recherches sur les endémo-épidémies africaines et particulièrement sur la peste et la fièvre jaune, maladies pestilentiennes dont la menace pèse lourdement sur le développement du port de Dakar, entravant par suite l'essor économique de l'Afrique Occidentale Française" ².

¹ Id..

² Id.

Les différents établissements de soins entretiennent une relation de parfaite complémentarité. Par la construction des dispensaires, les autorités sanitaires ont tenté de diffuser la médecine moderne, jusque là pratiquée dans les hôpitaux, dans les quartiers populaires. Le service sanitaire maritime devait veiller sur la sécurité sanitaire au niveau des frontières maritimes. L'Institut Pasteur apparaît comme un instrument d'appui aux établissements sanitaires précités. Les études scientifiques menées dans ce laboratoire, en définissant avec précision la nature de l'agent pathogène, permettent de gagner plus de temps dans le processus d'éradication des maladies.

Armées de cet important dispositif, les autorités sanitaires de la ville peuvent alors espérer une bonne application des mesures sanitaires destinées à améliorer une situation souvent mauvaise.

CHAPITRE III : LES MESURES SANITAIRES

Les établissements sanitaires constituent des outils importants pour une bonne application des mesures de protection contre les maladies. Ces mesures sont constituées par un certain nombre de dispositions comprenant des mesures législatives et réglementaires, et des mesures sanitaires.

1. Les mesures législatives et réglementaires

Les mesures législatives et réglementaires sont des actes officiels produits par l'autorité administrative, par le moyen de décrets, d'arrêtés, de décisions etc... Ces actes définissent les précautions à prendre pour lutter contre les maladies. Pour ce qui concerne Dakar, il semble qu'il y ait une relation entre la situation sanitaire de la ville et le nombre d'actes législatifs et réglementaires rendus publics. Les années à forte intensité épidémique sont dès lors faciles à détecter : fièvre jaune en 1912, 1927 ; puis peste en 1914, 1917, 1937, 1944.

Les actes qui émanent du Gouverneur Général ou du Lieutenant-Gouverneur du Sénégal comportent d'une façon générale des mesures de surveillance, d'isolement, de quarantaine, de vaccination etc... Le régime sanitaire instauré varie suivant le degré de gravité des épidémies. On passe ainsi suivant les cas du régime du danger imminent à celui du danger proche, de la surveillance médicale ou de l'observation sanitaire. A cela s'ajoutent les dispositions prises à l'égard des passagers quittant la colonie et ceux provenant de l'extérieur. Il y a enfin les mesures touchant l'habitat, la vaccination obligatoire etc... Ces mesures concernent un domaine très vaste, souvent s'étendant à l'ensemble de la fédération de l'AOF ou au territoire de la colonie du Sénégal.

Les actes législatifs et réglementaires de la municipalité touchent un espace plus modeste. Par ces actes, l'autorité municipale tente d'instaurer une réglementation rigoureuse dans toute l'étendue du territoire communal. Les prescriptions consistent en des mesures d'hygiène sans lesquelles la ville ne peut aspirer à aucune sécurité sanitaire. Ce sont des arrêtés municipaux fixant les précautions à prendre pour vivre dans les meilleures conditions d'hygiène. Ces arrêtés sont également relatifs aux eaux à l'intérieur de la ville, aux interdictions de rejet d'eaux insalubres sur la voie publique, au traitement des ordures ménagères, à la police de la circulation, à la clôture des terrains vagues, à la réglementation concernant la construction et la salubrité des maisons, à la police des cimetières, à la réglementation de la prostitution etc...

Chaque acte législatif et réglementaire expose les précautions à prendre et désigne les personnes chargées de sa mise en application. Étaient également précisées les pénalités à infliger à ceux qui ne se seraient pas conformés à la réglementation. Le décret du 14 avril 1904 prévoyait de lourdes peines pour certaines atteintes à la santé publique. L'amende infligée à tous ceux qui auraient mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des administrateurs chargés de l'application des décisions contenues dans le dit décret s'élevait de 100 à 500 F. En cas de récidive, elle pouvait varier entre 500 et 1000 F ¹.

L'adoption des mesures législatives et réglementaires obéit à une logique dont l'objectif est double :

- d'une part, elle permet à l'autorité sanitaire d'être en parfaite conformité avec le droit français, du moment que la colonie du Sénégal appartient à la sphère politique de la France.

- d'autre part, ces actes constituent une puissante arme juridique contre les adversaires de la colonisation qui ne verraient à travers l'instauration des mesures sanitaires que de l'arbitraire pur et simple. Ce sont des moyens de légitimation de toutes les prescriptions rendues publiques par l'autorité sanitaire, qu'elles soient nécessaires pour mettre fin à une situation de crise sanitaire ou utilisées pour des préoccupations politiques non avouées. Ce fut le cas de la création du village de ségrégation de la Médina en 1914 par l'arrêté du Gouverneur Général en date du 24 juillet.

D'une manière générale, la population de la ville affichait une grande indifférence face à ces mesures juridiques. Le manque d'intérêt atteignait une plus grande ampleur chez les populations autochtones. Les décisions prises, quelle que soit l'importance de leur contenu, restaient sans effets. A ce propos, le Service d'Hygiène de Dakar s'est longuement interrogé sur les motifs d'un tel état de fait. Dans son rapport d'activité de l'année 1919, on peut lire :

“Devant ces rappels incessants des maires à la discipline sanitaire, rappels qui disent assez long par leur nombre, leur inanité, on peut légitimement s'étonner et se demander laquelle doit la plus retenir notre esprit : de l'incompréhensible mansuétude des maires qui menacent sans jamais frapper, de l'inlassable bonne volonté que mettent ces magistrats à rédiger des règlements dont ils connaissent par avance l'inutilité, de l'incorrigible inertie des habitants de Dakar”².

Le peu d'importance accordé à ces actes législatifs par une grande partie de la population a rendu opportune l'instauration de mesures sanitaires. Ces dernières auraient

¹ Décret cité par Ribot Georges (1908).

² ANS : H 22 : l'hygiène à Dakar (1919-1920). Rapport du service municipal d'hygiène. (1899-1919).

l'avantage d'avoir un effet plus immédiat et plus efficace dans le processus de lutte contre les épidémies.

2. Les mesures sanitaires

Les mesures d'hygiène pratique sont des précautions destinées à prévenir les maladies ou à atténuer leur degré de virulence. Elles étaient donc prises en tout temps. En période épidémique, il existait par contre des mesures spéciales instituées pour combattre le mal. Elles se réduisent au dépistage et au traitement des malades.

a) Le dépistage

Le dépistage des malades apparaît comme une mesure de première importance. Dans ce cadre, la municipalité de Dakar a organisé un service d'assistance gratuite pour les populations autochtones au niveau des dispensaires. Cependant, ces dispensaires représentaient un outil de contrôle des malades relativement médiocre ; ils s'adressaient seulement à des individus capables de se transporter jusqu'à une salle de consultation. Ils négligeaient par contre les alités, les malades atteints d'affections aiguës, les plus intéressants à suivre et à connaître au point de vue de la protection de la santé publique. Seul le médecin de l'état civil avait quelquefois la possibilité de dépister, à l'occasion du constat des décès, quelques affections contagieuses. A partir de ce moment, le Service d'Hygiène pouvait prendre les dispositions prophylactiques réglementaires. Cependant, le dépistage des malades se faisait très tardivement.

La municipalité a rapidement réagi face à la situation. Désormais, le Service d'Hygiène procède au partage de l'espace urbain en casiers sanitaires mis sous le contrôle de brigades. A l'occasion de l'épidémie de fièvre jaune de 1912 par exemple, la ville de Dakar, par arrêté municipal n°1362 du 27 novembre 1912 ¹, fut divisée en deux régions : une saine et une autre contaminée. La deuxième région fut elle-même partagée en quatre secteurs.

La surveillance sanitaire était faite par quatre médecins mis à la disposition de la municipalité. Ces médecins effectuaient tous les jours la visite de chaque habitant des secteurs dont ils avaient la charge. Ils étaient tenus de signaler immédiatement à la Mairie les malades fébriles, avec l'indication très exacte des lieux de localisation. Les habitants du lieu où le malade a été trouvé ou des quartiers dits de surveillance sanitaire étaient tenus de se soumettre à la visite médicale qui leur était faite à domicile. Cette méthode de dépistage des malades fut longtemps utilisée au cours des années suivantes.

¹ ANS : 1H11 (1) : Fièvre jaune : Épidémie de 1927.

Pendant l'épidémie de peste de 1921, la ville fut divisée en deux secteurs de surveillance sanitaire : l'un au Nord dirigé par le médecin-chef du Service d'Hygiène, l'autre par un pharmacien, adjoint au médecin-chef. Chaque secteur fut à son tour divisé en sous-secteurs au nombre de quatre ayant chacun à sa tête un chef de brigade européen commandant des gardes d'hygiène. Le but principal de cette organisation était d'insérer la totalité de la ville dans un réseau de dépistage en mailles aussi étroites que possibles.

L'oeuvre de dépistage des agents d'hygiène a pu trouver le concours appréciable d'autres services de surveillance comme le corps des infirmières-visiteuses. D'autre part, elle a pu être facilitée par la connaissance de la répartition urbaine des précédentes épidémies. En 1924, le Service d'Hygiène a réussi à relever 20 foyers connus. Un dossier sanitaire spécial des maisons suspectes fut constitué et des fiches portant des indications essentielles groupées.

Les agents chargés du dépistage des maladies rencontrent beaucoup de problèmes dans les villages africains. Les autorités administratives n'ont pas hésité à s'appuyer sur les dignitaires autochtones pour mettre leur projet à terme. L'arrêté du 12 décembre 1912 prévoit l'obligation, pour les chefs de village, de la déclaration des maladies épidémiques aussitôt qu'ils en apprennent l'existence. Cette décision fut étendue aux chefs de famille pour ce qui concerne les cas de peste. L'arrêté du 20 octobre 1919 stipule : "dans les centres urbains, communes et escales, tout chef d'habitation, tout chef de famille, tout agent de l'autorité et, en général toute personne qui, de par ses fonctions, aura connaissance d'un cas de peste, est tenu d'en faire sans délai la déclaration au bureau d'hygiène et, à défaut au commissaire de police". Afin d'inciter les populations à collaborer, la déclaration des maladies est stimulée par l'octroi d'une prime de 10 F par malade déclaré et reconnu ultérieurement atteint de peste. Cette mesure incitatrice n'entraîne pas automatiquement une collaboration des populations autochtones. Ces dernières préféraient dissimuler les malades dans les concessions où ils sont traités avec des méthodes traditionnelles. Des inhumations clandestines étaient monnaie courante, souvent en pleine nuit. Les auteurs de ces opérations espéraient ainsi se soustraire à la visite du médecin de l'état-civil chargé de la constatation des décès. Leur attitude s'explique par plusieurs raisons :

La constatation d'un cas de maladie ou de décès entraîne la mise en observation de tous les membres de la famille. Il arrivait que la mesure fût étendue aux familles environnantes. Les individus contaminés sont pris en charge par la municipalité et soumis à un traitement suivi qui, au besoin, se faisait à l'hôpital ; ce qui n'était pas toujours du goût des Africains.

D'autre part, certains autochtones croyaient en l'efficacité de la médecine traditionnelle. A partir de ce moment, tous les moyens sont bons pour se protéger du médecin européen.

Enfin, la constatation des cas de décès par le médecin de l'état-civil était mal vue par beaucoup d'Africains. Ce contact étroit du mort avec un individu d'une autre religion était considéré comme un "sacrilège". C'est ce qui explique les inhumations clandestines.

En dépit des difficultés mentionnées, les agents chargés du dépistage réussissaient tant bien que mal à trouver des malades. A partir de ce moment, le traitement pouvait alors commencer.

b) *Le traitement*

Le traitement des malades commence avec la localisation des foyers abritant des sujets contaminés. Afin d'éviter la propagation du mal, tout l'entourage du malade est envoyé au lazaret où il est soumis à une observation sanitaire. Chaque malade est doté d'une fiche dans laquelle sont mentionnés des renseignements sur la nature et l'évolution de la maladie. Et c'est sur la base de cette fiche que les médecins de la municipalité indiquent le mode de traitement approprié.

Les malades de race européenne sont évacués sur l'hôpital principal ou au lazaret du Cap-Manuel. Les autochtones sont accueillis au niveau de l'hôpital central indigène et du lazaret de Bel-Air qui leur étaient exclusivement destinés. Au cas où l'affection est à son stade initial, le traitement peut se faire dans les dispensaires municipaux ou à l'Institut d'hygiène sociale.

Les malades atteints d'affections très graves et les non-transportables sont soignés par des médecins du Service d'Hygiène ou par des infirmières-visiteuses affiliées à l'Institut d'Hygiène Sociale. Ces dernières, par des visites quotidiennes, suivent avec toute l'attention requise, l'évolution de la maladie et le degré d'efficacité des soins prodigués. L'intérêt de ce mode de traitement est double. Il permet de stopper l'avancée de la maladie et offre au médecin ou à l'infirmière traitant une occasion de diffuser dans les familles visitées des conseils d'hygiène pratique.

D'une manière générale, les médecins traitants n'ont pas rencontré de réelles difficultés dans la ville européenne. Partageant dans une large mesure la conception de l'autorité sanitaire sur les maladies, des malades européens demandaient volontairement leur admission dans les établissements de soins. Leur demande était formulée dès la constatation

des premiers symptômes, ce qui n'était pas le cas pour une grande partie de la population autochtone.

Les rapports entre médecins traitants et autochtones se sont souvent caractérisés par un climat plein d'hostilité ; la majeure partie des autochtones rejetant le traitement dans les établissements de soins. La plupart du temps, ceux qui se faisaient traiter dans ces lieux ne l'étaient que sous le poids de la contrainte, beaucoup préférant recourir aux méthodes traditionnelles de traitement des maladies qui enregistraient parfois des succès.

Pour soigner la peste, on extrayait les ganglions du cou et des aisselles à l'aide d'un couteau. "Pendant l'épidémie de peste de 1914, il y avait un vieux nommé Gorgui Mbaye Diol qui enlevait la partie dure des ganglions du cou, de l'aine ou des aisselles, d'autres appliquaient sur ces ganglions une substance qu'ils ont eux-mêmes composée jusqu'à ce qu'ils s'amollissent et se percent"¹, se souvient Dieng Samb.

On faisait également recours à la médecine traditionnelle pour le traitement de la fièvre jaune, de la méningite cérébro-spinale ou de la variole.

"Pour cette maladie (méningite) qu'on appelle en wolof "jadd"², les anciens faisaient des massages au niveau de la région du cou et de la colonne vertébrale. Ces opérations visaient à chasser le mauvais liquide responsable de la maladie. Par l'usage de versets du Coran et d'infusions de plantes, ils arrivaient à vaincre la maladie.

Concernant le traitement de la fièvre jaune, certains faisaient boire au malade de l'eau de mer, provoquant une diarrhée à l'issue de laquelle tout l'organisme est "lavé". D'autres utilisaient le papayer qu'ils faisaient bouillir dans de l'eau avec du poulet. C'était aussi un remède très efficace contre la fièvre jaune".³

D'après des témoignages oraux, la variole était également traitée par les guérisseurs africains. C'est Pape Alioune Samb qui nous communique le procédé :

"On traitait la variole en inoculant, à l'aide d'une épine, du pus prélevé sur la pustule d'un malade"⁴.

La similitude de cette méthode avec celle du Cow Pox fait naître en nous des doutes sur sa véracité. Le procédé consistant à inoculer à une personne saine du pus prélevé sur un autre malade relève d'une compréhension quasi-scientifique des méthodes d'immunisation.

¹ Entretien du 04/08/94.

² "jadd" : mot wolof traduction littérale : rigide, dur. Il fait allusion aux contractions musculaires du malade.

³ Entretien du 3/08/94 avec El Hadji Tafsir Faye né en 1932. Interview effectuée à la Gueule Tapée.

⁴ Entretien avec Pape Alioune Samb né en 1943 : le même jour et au même lieu.

Toujours est-il que, les médecins européens ont souvent fait montre de beaucoup de réserve concernant l'activité des guérisseurs africains.

Dans beaucoup de rapports, des agents de santé ont dénoncé ces pratiques traditionnelles considérées comme le fait de "sorciers noirs" ou de "charlatans". Dans le but de mettre un terme à leur influence, certains médecins européens ont jugé nécessaire d'aller à la rencontre des populations autochtones et de mettre désormais plus l'accent sur la prophylaxie.

DEUXIÈME PARTIE :

ÉVOLUTION DE LA PRÉVENTION

Les épidémies qui ont touché la ville de Dakar ont été nombreuses. Jusqu'en 1940, le rythme avec lequel elles se déclarent reste encore important. Ces explosions occasionnaient beaucoup de victimes aussi bien européennes qu'autochtones.

Cet état de fait peut donner l'impression qu'aucun effort n'avait été fait pour prévenir ces différentes affections. Des mesures de protection avaient été prises de bonne heure par l'autorité sanitaire. Leur application a connu des étapes distinctes.

Les phases successives notées dans l'évolution de la politique préventive ne constituent pas une négligence de la part de l'autorité sanitaire. Cette dernière a bien des fois mis l'accent sur la nécessité de l'instauration de méthodes de prophylaxie dont l'importance est réelle.

L'étude de l'évolution de la politique préventive consiste d'abord à voir l'importance de la prophylaxie, de suivre ensuite ses différentes étapes et les méthodes utilisées pour sa réalisation.

CHAPITRE I : L'IMPORTANCE DE LA PROPHYLAXIE

La prophylaxie constitue un facteur important pour le bon fonctionnement de la politique sanitaire. Les mesures sanitaires édictées ne peuvent pas, à elles seules, permettre la résolution de tous les problèmes liés à la santé. L'intérêt de la prophylaxie réside dans le fait qu'elle peut contribuer à réduire les lacunes notées dans l'application des mesures précitées et à lutter contre le sentiment de méfiance dont était porteuse une grande partie de la population autochtone.

1. La prophylaxie : un complément des mesures sanitaires

Les mesures sanitaires instituées par les autorités ont été nombreuses. Leur importance n'a pas mis fin à l'existence d'insuffisances dans beaucoup de domaines. Des rapports du service de santé déplorent la persistance des problèmes liés à l'hygiène et la modestie des résultats acquis dans l'établissement des mesures sanitaires. Dans un rapport adressé au maire de Dakar et en date du 14 juin 1905, Georges Ribot, médecin du deuxième arrondissement, écrivait :

“Huit jours après les remontrances ou les procès verbaux, les cases sont aussi sales et aussi mal tenues qu'auparavant, les bailles d'eau mal surveillées sont remplies de larves de moustiques. Les ordures continuent à être entassées ça et là, au fur et à mesure qu'on les enlève. Les cadavres d'animaux morts sont toujours jetés sur la voie publique”¹

Beaucoup de divergences sont à noter dans l'interprétation de la situation engendrée par l'inefficacité des mesures sanitaires. Dans ce cadre, certains administrateurs attribuaient la responsabilité aux agents chargés de l'exécution des mesures édictées, accusés de faire preuve de laxisme dans la tâche qui leur est assignée. D'un autre côté, les porteurs de l'idéologie de la séparation des communautés européenne et africaine expliquent la situation par le refus des autochtones de se conformer à la réglementation en vigueur.

Un personnel suffisant est nécessaire pour une bonne application des mesures sanitaires. Cependant, le déficit du personnel a souvent été la revendication du service de santé. La main-d'oeuvre pénitencière était même sollicitée pour pallier ce déficit. La situation exceptionnelle provoquée par l'épidémie de peste de 1914 avait mis les autorités sanitaires dans l'obligation d'engager un personnel supplémentaire qui s'avérait être nécessaire à l'application des mesures d'hygiène prescrites.

¹ ANS : H 19 : Comité supérieur et services municipaux d'hygiène : organisation et fonctionnement (1904-1910). Rapport du Dr. Ribot au maire de Dakar en date du 14/6/1905.

D'autre part, l'autorité sanitaire n'avait pas à sa disposition des moyens matériels et financiers suffisants. Ce qui constituait un frein à l'extension de l'application des dispositions prises en matière d'hygiène dans tout le territoire urbain. Ainsi, on assiste à un découpage en trois zones où on note une dissemblance dans la manière dont les prescriptions médicales sont imposées aux populations. Dans la ville européenne, les mesures sanitaires sont appliquées intégralement et avec toute la rigueur requise. Elles n'étaient que partiellement imposées aux populations de la ville africaine. Ce qui laisse intacts les problèmes liés à l'hygiène. Enfin, dans les villages de la banlieue, on note une absence totale de toute réglementation sanitaire.

A cela, s'ajoute une lenteur au niveau des relations existant entre les différents services de l'administration. Au niveau de la municipalité par exemple, la commission sanitaire instituée a la charge d'informer le maire de la situation sanitaire. Ce dernier soumet le rapport qui lui est donné au gouverneur qui décide des moyens à utiliser pour faire face à la situation. La longueur des procédures ajoutée aux difficultés des communications engendrent beaucoup de lenteurs dans l'exécution des mesures sanitaires. Et pendant ce temps, les problèmes restent sans solutions. Dans un rapport adressé au Gouverneur Général de l'AOF et daté du 29 janvier 1904, le médecin-inspecteur des services médicaux civils écrivait :

“Le plus grand inconvénient de cette façon de faire est l'énorme perte de temps entraînée par la lenteur et la difficulté des correspondances [...] et pendant ce temps, l'affection est à nos portes”¹.

Les lenteurs administratives constatées dans l'exécution des mesures d'hygiène mettaient la ville dans une situation de désarmement total face aux menaces d'épidémie. Pourtant, dès 1904, le médecin-inspecteur des services médicaux civils avait mis l'accent sur l'importance de la prophylaxie comme palliatif aux insuffisances notées dans l'application des mesures sanitaires. Dans le rapport précité où il se prononce sur l'évolution de la fièvre jaune au Sénégal, il note :

“Actuellement, tout cas de fièvre jaune qui se produirait à Dakar ou à Saint-Louis nous trouverait aussi désarmés qu'en 1900. Ce serait la panique, la dissémination, les campements de fortune, les désinfections à outrance, les incinérations, les quarantaines, enfin, la paralysie complète de toute cette ville naissante. Les projets d'installation, d'aménagement, les brochures, les publications, les recommandations approuvées par toutes les autorités compétentes n'ont encore rien produit en tant que faits pratiques, aussi, ai-je pensé à demander au Ministre l'autorisation d'appliquer d'ores et déjà la prophylaxie sanitaire de la fièvre jaune en AOF”².

¹ ANS : H 12 : Questions sanitaires : organisation et fonctionnement (1902-1911). Rapport du médecin-inspecteur des services médicaux civils au Gouverneur Général de l'AOF en date du 29 janvier 1904.

² ANS H 12 : id.

L'importance de la prophylaxie est ainsi réelle. Les mesures prophylactiques complètent les mesures sanitaires en ce qu'elles ont d'insuffisant. Elles contribuent à les rendre plus performantes. Le résultat d'un tel état de fait est la résolution des problèmes de santé dans une large mesure. La prophylaxie se révèle également comme un moyen de résoudre le déficit matériel et financier qui empêchait l'application convenable des mesures sanitaires dans toute l'étendue de la ville. En résumé, la prophylaxie réussit à enregistrer des résultats positifs là où les mesures sanitaires ont échoué jusqu'alors. Nous voulons désigner par là la ville africaine et les villages de la banlieue où les agents du service de santé rencontraient beaucoup de problèmes. Parmi ces difficultés, il faut noter un vif sentiment de méfiance de la part d'une grande partie de la population autochtone.

2. La prophylaxie : un moyen de persuasion

Une partie importante de la population africaine émettait des réserves sur les prescriptions médicales arrêtées. Cette attitude s'explique par plusieurs raisons. La première est liée à la conception que ces populations détenaient sur l'efficacité des mesures sanitaires. Dans la majeure partie du temps, les Africains privilégiaient les modes de traitement traditionnels. L'utilisation de versets du Coran ou de talismans démontre la puissance du sentiment fataliste de ces populations. Ce sentiment qui est l'expression d'une impuissance, attribue l'origine de la maladie et de la mort à Dieu. Par conséquent, les mesures sanitaires perdent leur sens aux yeux des populations africaines. Le sentiment de méfiance était également engendré par la manière dont les mesures sanitaires étaient appliquées dans leurs zones d'habitation. Elles considéraient ces mesures comme une volonté de domination des autorités de la ville. Aussi faisaient-elles tout ce qui était en leur pouvoir pour s'y soustraire.

Dans le but de mettre un terme à cet état de fait, l'administration utilise la prévention comme moyen de persuasion. Dans une circulaire du 14 juin 1907, le médecin principal de 2e classe Merveilleux, chef du service de santé, soulignait au médecin du service local à Saint-Louis toute l'importance de la prévention. Il invitait les administrateurs de la colonie à solliciter le concours des habitants de leurs lieux d'exercice pour la prophylaxie des "maladies évitables". Par ce terme, il faut surtout entendre le paludisme et la fièvre jaune. Les administrateurs étaient également priés d'aller à la rencontre des populations et de prodiguer des conseils d'hygiène. L'accent devait être mis sur les dangers de certaines pratiques comme l'alcoolisme et la fréquence des affections vénériennes et syphilitiques.

Ces conseils s'adressent plutôt à la population européenne. Cependant, leur contenu peut être appliqué à la population africaine. L'attention mise sur l'explication des maladies et les dangers de l'inobservance des prescriptions médicales constituent un outil important de lutte contre la méfiance des autochtones. Le Service d'Hygiène de la ville de Dakar a très tôt

compris l'intérêt d'un tel acte, les agents d'hygiène exerçant dans les zones habitées par les Africains recevaient comme consigne de s'appuyer plus particulièrement sur la persuasion. Ce geste était d'autant plus important que la seule vision de l'uniforme faisait naître chez les populations autochtones, notamment les illettrés, un réel sentiment de réserve. Abdoulaye Diakhaté, un agent du Service d'Hygiène en retraite, explique comment l'utilisation de la persuasion était prioritaire pendant la période où il était en activité :

“Vous savez, le Service d'Hygiène n'est pas un service de répression comme la Police ou la Gendarmerie. C'est plutôt un service d'éducation. On essayait donc d'éduquer les populations. Lors de nos tournées dans les maisons, nous nous entretenions plus particulièrement avec les femmes. Ces entretiens nous donnaient l'occasion de leur expliquer les buts de notre activité. Nous leur expliquions qu'elles avaient un grand intérêt à suivre les prescriptions que nous tentions de leur faire accepter... L'objectif du Service d'Hygiène est donc de lutter contre le développement des maladies et non d'instaurer la répression ou la terreur”¹.

A travers ce témoignage, on perçoit une tendance de valorisation de l'oeuvre du Service d'Hygiène pour la protection de la santé publique. Cependant il est important de noter que l'action de ce service pour la prophylaxie par des méthodes persuasives a pu contribuer à diminuer la méfiance des populations africaines.

Dans le but de faire accepter aux populations africaines la politique sanitaire dans tous ses contours, l'administration comptait sur la collaboration des personnes vivant dans les quartiers et jouissant d'une grande influence. Parmi elles, on peut citer les commerçants européens et les notables africains. En 1928, les autorités sanitaires les exhortèrent à participer de façon active à la campagne prophylactique contre le développement de la peste et de la fièvre jaune. Le rapport d'activité du service de santé pour l'année 1928 mentionnait :

“Les commerçants européens de la ville et les notables indigènes acceptèrent spontanément de constituer, sous le contrôle de l'Administration, des commissions de surveillance chargées de passer dans chaque maison européenne ou indigène, de signaler au Service d'Hygiène ce qu'ils estimaient critiquables, d'expliquer aux indigènes ce que l'on attendait d'eux, de leur faire comprendre doucement les raisons des mesures prises dont le sens leur échappait et qu'ils auraient pu prendre pour d'inutiles brimades”².

Les autorités semblent ainsi expliquer implicitement l'attitude des populations autochtones par une simple incompréhension. La participation de notables issus du milieu africain à la campagne d'éducation des populations a l'avantage de faire accepter à ces

¹ Entretien du 24/08/94 avec Abdoulaye Diakhaté, né en 1917, agent du Service d'Hygiène en retraite. Interview effectuée à Grand-Dakar.

² ANS : 2G28-17 : Circonscription de Dakar et dépendances. Rapport périodique (1928).

dernières les prescriptions sanitaires. Leur présence dans les équipes chargées de la sensibilisation ne pouvait qu'accroître le degré de confiance des habitants des zones visitées. La dissipation du sentiment de méfiance des autochtones était d'autant plus rapidement acquise dans la mesure où certains notables peuvent être des parents ou des membres de la communauté hautement connus.

D'une façon générale, l'importance de la prophylaxie dans le processus de lutte contre les épidémies est réelle. En s'ajoutant aux mesures sanitaires prises en période d'épidémie, elle contribue à réduire considérablement le degré de fréquence des maladies. D'autre part, elle procure à la population des moyens efficaces de protection contre les risques d'épidémie. Les phases qu'elle a connues au cours de son évolution constituent une preuve supplémentaire de sa haute portée dans l'orientation de la politique sanitaire d'une façon générale.

CHAPITRE II : LES PHASES DE LA POLITIQUE PRÉVENTIVE

Les procédés employés pour prévenir les maladies n'ont pas été les mêmes de 1900 à 1945. Ils ont connu des variations suivant les époques. D'une manière générale, on note deux types dans la politique préventive. Le premier est caractérisé par la précarité des moyens de lutte utilisés contre les épidémies. Il a eu recours à la dissémination et aux rapatriements. Le deuxième a vu l'instauration de dispositions prophylactiques plus actives sous forme de régimes de protection en vue de limiter les méfaits des épidémies sur les populations.

1. Les campagnes de dissémination et de rapatriement

Les épidémies de fièvre jaune touchaient fréquemment Dakar à partir de 1878. L'importance des victimes européennes occasionnées et l'absence d'établissements hospitaliers véritables avait poussé les autorités à utiliser les disséminations et les rapatriements comme principaux moyens de protection. Les premiers camps de dissémination datent de 1878¹. Le rapatriement est institué dans l'ensemble de la colonie par un arrêté du Gouverneur Général du 22 mars 1904² et est prononcé par le conseil de santé mis sur pied à cet effet.

a) Les campagnes de dissémination

La dissémination en tant que moyen de protection anti-épidémique fut surtout utilisée par l'administration militaire. Elle consistait à déplacer un groupe d'individus d'une région jugée suspecte à une autre non encore atteinte. Par ce procédé, l'autorité sanitaire visait à isoler complètement les personnes indemnes de tout porteur de germes. Le résultat recherché est de soustraire la population non atteinte de la contamination dont les conséquences pourraient être considérables.

Les campagnes de dissémination étaient effectuées à l'occasion de chaque explosion épidémique. La vie en groupe de la population militaire constitue en effet un réel danger d'extension des épidémies. A la demande du chef du service de santé, le service de commandement des troupes établit un plan de dissémination des troupes. Le plan qui indique tous les renseignements relatifs au déroulement des opérations est soumis à l'autorité sanitaire. La dissémination concerne d'abord les militaires les plus vulnérables aux affections

¹Angélique Diop (1982 : 38).

²Id.

épidémiques, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas effectué un séjour suffisamment prolongé dans la colonie pour acquérir une immunité contre les maladies. Elle se faisait dans des camps aménagés à cet effet.

Les camps de dissémination sont placés sous le régime de lazaret pendant tout le temps que dure l'épidémie. Dans le but d'éviter tout contact avec l'extérieur, ils sont pourvus de tout le matériel nécessaire, des vivres, des médicaments et des archives dont ils auront besoin dans le cadre de leur fonctionnement. La gestion des dits camps est confiée à des commissions qui ont la charge de faire la répartition des locaux existants, la détermination des aménagements nouveaux à effectuer, l'éclairage des postes, les quantités de désinfectants à utiliser pour les infirmeries et les latrines... Un médecin devait obligatoirement en faire partie.

En dehors des locaux d'habitation, chaque camp était pourvu d'un magasin pour les vivres, une salle de boulangerie, un parc à bestiaux avec abattoir, deux infirmeries isolées l'une de l'autre et des locaux. La première est destinée à recevoir les malades douteux et l'autre les cas confirmés. Il existait enfin un local situé hors du camp où étaient désinfectés le matériel et les correspondances venant de l'extérieur.

Pendant tout le temps que dure la dissémination, les soldats européens sont remplacés dans les casernements par des Africains. Ils s'occupent des travaux d'ordre administratif ou de simple police ne nécessitant pas une formation très poussée. Le courrier est amené par ces mêmes soldats autochtones dans des sacs en toile à l'entrée du camp où il sera désinfecté avant d'être distribué.

Afin de rendre la dissémination plus efficace, un certain nombre de dispositions était pris concernant les sites des camps. Elles se résument en quatre points :

1. Les camps doivent être le plus loin possible des centres probables d'infection. Le voisinage des internés avec d'éventuels porteurs de germes pathogènes aurait comme conséquence la propagation de la maladie dans le camp. L'isolement à proximité de la ville apparaît ainsi comme particulièrement dangereux et inefficace.

2. Ils ne doivent pas s'implanter sur les routes principales des villes. En période d'épidémie, le mal a tendance à suivre les grandes routes. Ceci est sans doute dû au fait de leur grande fréquentation. L'édification des camps aux dits lieux faciliterait les possibilités de contamination.

3. Il était également souhaitable que les camps soient installés dans des zones salubres, sur des terrains perméables. Le terrain du site devait d'autre part être sec, légèrement incliné pour permettre l'écoulement des eaux pluviales. Le camp doit être bien aéré et bien éloigné des points d'eau. Ces précautions visent à éloigner les insectes nuisibles comme les moustiques qui se développent très rapidement en milieu aquatique.

4. Enfin, l'accent était mis sur l'importance de la limitation du personnel et des troupes à loger qui permet d'avoir une plus grande facilité de contrôle sur les internés et de localiser des cas de maladies dans des délais très courts.

La ville de Dakar a compté cinq camps de dissémination. Les trois sont situés dans la ville proprement dite et les deux autres en banlieue. Les trois premiers sont construits au niveau des localités suivantes : Cap-Manuel, aux Madeleines I et aux Madeleines II, les deux autres à Ouakam et à Yoff.

Les autorités sanitaires de la ville signalaient beaucoup de difficultés relatives aux conditions d'hébergement des internés dans ces camps. A titre d'exemple, le camp des Madeleines II était situé dans une région marécageuse qui le plaçait dans un état d'insécurité presque permanent. Dans la banlieue, plus précisément à Yoff, l'éloignement du camp de la ville a eu comme conséquence un déficit dans l'entretien des locaux en période normale. Ainsi, les baraques se trouvaient-elles dans un état de délabrement indescriptible à l'occasion de l'épidémie de fièvre jaune de 1901.

La dissémination fut presque exclusivement utilisée par la population militaire. Pour le reste de la population, il existait une autre méthode de protection contre les épidémies : les rapatriements.

b) les rapatriements

Les rapatriements concernent toutes les couches de la population, qu'elles soient militaires ou civiles. Ils sont d'autre part effectués en période épidémique comme en temps normal. Comme la dissémination, le rapatriement est un moyen utilisé par l'administration en vue de protéger la population contre les maladies. Il consiste à ramener en France les Européens menacés de contamination.

Le rapatriement des hommes est prononcé par l'autorité sanitaire après avis d'un conseil institué à cet effet. Chaque année, au début de l'hivernage ou en période d'épidémie, les chefs des différents services de la colonie et le directeur de la chambre de commerce des grandes villes dressent la liste des travailleurs de leurs établissements respectifs, à la demande

du Gouverneur. Par cette méthode, ils donnent des renseignements sur la durée du séjour des concernés dans la colonie, leur adresse, le nom de leurs femmes et enfants. Pour ce qui concerne la ville de Dakar, le directeur de la chambre de commerce dénombrait, en 1902, 125 commerçants et employés, 18 maisons de commerce, 170 hommes appartenant au monde commercial et industriel, 20 femmes et 12 enfants ¹. C'est avec la possession de ces renseignements que le service de santé procède à la sélection des hommes, femmes et enfants à rapatrier.

L'autorité sanitaire s'appuyait sur trois critères pour désigner les candidats au départ :

Le premier consiste à rapatrier, en cas d'épidémie, la presque totalité du personnel administratif ; n'étaient autorisés à rester que ceux dont la présence dans la colonie était jugée indispensable, voire même vitale pour le fonctionnement des services.

Le deuxième critère est relatif à la durée du séjour de l'individu en question dans la colonie, le rapatriement s'appliquant d'abord aux personnes n'ayant pas encore effectué un séjour suffisamment long pour acquérir une immunité contre les maladies.

Le troisième enfin accorde la priorité aux femmes et aux enfants. Ces derniers forment la couche de la population la plus vulnérable. La modestie de leur nombre, en particulier pendant les dix premières années du 20^e siècle, facilitait leur rapatriement.

Les opérations de rapatriement sont entièrement prises en charge par l'administration. Les frais pouvant en découler sont imputés au budget de la colonie. L'administration comptait aussi sur le soutien des compagnies de navigation pour rendre ces rapatriements effectifs.

L'étude des opérations de dissémination et de rapatriement permet de faire les remarques suivantes :

- elles se particularisent d'une part par leur caractère passif. Elles apparaissent en effet comme une fuite en face de la maladie. Cette passivité des autorités sanitaires s'explique peut-être par la modestie des moyens en place à cette époque, ne permettant pas d'effectuer de grandes actions en matière de prophylaxie.

- d'autre part, ces opérations ne sont efficaces que lorsqu'elles sont appliquées à un nombre réduit d'individus. A partir du moment où la population s'accroît considérablement, elles deviennent inadaptées et inefficaces.

¹ ANS : H 17 : Dissémination des troupes et rapatriement du personnel en cas d'épidémie. Etudes, notes et instructions (1902-1903).

Estimée à 125 individus seulement en 1900 ¹, la population européenne de Dakar atteint 2409 individus en 1921² et 5812 en 1937 ³. A ce nombre en continuelle progression, il faut ajouter la population africaine vivant aux environs immédiats de la ville européenne. Elle était au nombre de 61413 en 1932, 86128 en 1936 et 88177 en 1939. Le rythme avec lequel la population générale s'accroissait rendit nécessaire l'utilisation de mesures prophylactiques plus révolutionnaires. C'est ainsi qu'apparaissent les régimes de protection.

2. Les régimes de protection

Les campagnes de dissémination et de rapatriement, d'une portée limitée, n'étaient efficaces qu'appliquées à une population peu nombreuse. Pour répondre aux nouvelles exigences engendrées par le nombre plus élevé de la population de la ville, l'administration utilisa les régimes de protection. Leur instauration s'inspire de l'arrêté du Gouverneur Général n° 2093 ter du 12 décembre 1912 concernant les mesures à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies épidémiques. Ils sont au nombre de trois : le régime du danger imminent, celui de surveillance sanitaire et celui d'observation sanitaire.

a) Le régime du danger imminent

Le régime de danger imminent est appliqué sur l'ordre de l'autorité administrative dans les limites territoriales et pendant le temps fixé par ses soins. Son exécution est rendue effective toutes les fois, qu'en raison de la situation épidémiologique des régions voisines, certains territoires semblent menacés d'une éclosion de fièvre jaune, de peste ou d'une autre affection. Ce régime est également institué, en raison du passé de ces régions, des conditions saisonnières ou des mouvements de populations qui y ont lieu. Afin de rendre ce régime prophylactique efficace, un certain nombre de dispositions était pris par l'autorité sanitaire.

Selon l'arrêté précédemment cité, la première de ces dispositions consiste à isoler dans les plus brefs délais tout fébricitant sous grillage, moustiquaire ou dans une chambre à part jusqu'à ce qu'il ait pu être visité par un médecin. La durée minimale de garde est égale à cinq jours à compter de la date de déclaration de la maladie.

Les particuliers qui ont chez eux un individu présentant des symptômes de maladie sont astreints à en faire la déclaration immédiate à l'autorité médicale. Cette obligation est étendue aux directeurs ou chefs de collectivités à l'image des écoles, prisons, ateliers, maisons

¹ D'après Rita Cruise O'Brien (1972).

² Recensement démographique de 1921.

³ ANS : 2G37-24. Dakar et dépendances. Rapport (1937).

de commerce, usines et industries diverses. Il en est de même pour les chefs des collectivités africaines comme les chefs de quartiers ou de villages. Ces derniers sont tenus d'aviser, dans les plus brefs délais, de tout cas de maladie fébrile existant dans les populations autochtones de leurs ressorts respectifs. Ils doivent également signaler tous les décès se produisant parmi ces populations.

De son côté, le service de santé organise des visites domiciliaires régulières en vue du dépistage des maladies fébriles et de leur contrôle. Les personnes reconnues malades sont immédiatement isolées, leur entourage retenu sur place et soumis à une surveillance médicale étroite pendant six jours. Les malades sont astreints à se maintenir, tout le long de cette période, dans un lieu également isolé de 17 heures à 6 heures. La circulation dans les zones abritant des cas suspects autochtones est interdite à tout individu de race européenne.

A l'intérieur de la zone placée sous le régime de danger imminent, nul ne peut se rendre d'une localité à une autre sans être muni d'un passeport sanitaire. Ce passeport est demandé à l'autorité médicale la plus proche et doit être visé par l'autorité administrative. Il constitue la garantie que la personne qui se déplace ne présente aucun symptôme de maladie fébrile au moment de son départ.

Pour obtenir un passeport sanitaire, le voyageur doit obligatoirement se présenter à une visite quotidienne pour une durée de six jours à compter de son départ. La visite médicale est faite aussi bien dans les localités traversées pourvues d'un médecin qu'après l'arrivée à destination. Au cas où le lieu de destination n'a pas été atteint dans les délais impartis, le passeport doit être renouvelé tous les jours jusqu'à l'arrêt définitif du voyageur. Ce passeport doit porter les visas de l'autorité administrative et de l'autorité sanitaire des localités traversées comme du point de destination. L'autorité administrative définit, pour chaque localité, un périmètre dans lequel les déplacements peuvent avoir lieu sans passeport sanitaire.

La pénétration dans une zone placée sous le régime de danger imminent n'est possible que sur la présentation du passeport sanitaire. Cette obligation concerne tout nouveau venu, y compris les individus provenant de localités indemnes.

Ce régime a l'avantage de limiter au minimum l'hypothèse d'une contamination par les provenants de l'extérieur. A côté du régime du danger imminent, il y a celui de surveillance sanitaire.

b) Le régime de surveillance sanitaire

Ce régime est appliqué au cas où, dans un espace déterminé, un ou quelques cas avérés d'affections épidémiques se sont produits sans toutefois constituer un foyer. Par "cas avéré", il faut entendre tout cas susceptible d'être définitivement identifié. Les limites territoriales de la zone placée sous le régime de surveillance sanitaire sont précisées par l'autorité administrative par voie d'arrêté. En vue de faciliter l'exécution de cette mesure, tout centre urbain important et comportant soit une gare, un port maritime ou fluvial est divisé en circonscriptions sanitaires nettement délimitées. Le régime de surveillance sanitaire entraîne l'application des mesures prophylactiques additionnelles suivantes :

Aussitôt après la constatation d'un cas avéré de maladie, les notifications télégraphiques et les renseignements prévus par les réglementations et instructions en vigueur sont donnés sans délai par les autorités administratives. En ce qui concerne les colonies limitrophes, ces notifications sont complétées par d'autres identiques, adressées directement par les chefs de service de santé aux autorités techniques correspondantes des territoires intéressés. Les autorités de ces colonies doivent aussi se mettre en relation directe avec celles de la colonie contaminée. Cette relation entre autorités vise à déterminer les moyens collectifs d'intervention des mesures sanitaires défensives. Cette relation a également pour but de protéger les localités indemnes et d'assurer le contrôle de la circulation des hommes d'un pays à un autre.

Dans toute l'étendue de la zone placée sous le régime de surveillance sanitaire, les lieux publics tels que cafés, débits de boisson, restaurants, cercles, salles de réunion ou de spectacle, boutiques, magasins... sont fermés à partir de 21 heures. La découverte d'un cas avéré de maladie épidémique dans le voisinage immédiat de ces lieux publics entraîne l'obligation de fermeture du local de 17 heures 30 à 6 heures 30. La durée d'application de cette mesure s'étend sur tout le temps reconnu nécessaire. Des mesures de protection sont également prises en direction du personnel travaillant dans ces lieux. Elles concernent l'aménagement de ces locaux dans des conditions de protection suffisantes pour qu'ils soient à l'abri de tout facteur de maladie.

Le travail de jour ou de nuit dans des ateliers à ciel ouvert ou sous hangar non protégé n'est possible qu'avec la dotation du personnel en moyens de protection individuelle suffisants. La protection doit être utilisée contre toute sorte d'épidémie.

Les personnes résidant dans la zone placée sous le régime de surveillance sanitaire sont invitées à aménager leurs habitations dans les meilleures conditions de protection contre les sources de contamination. Dans le cadre de la lutte anti-amarile par exemple, il est

recommandé aux habitants de faire usage de locaux grillagés, de cages-moustiquaires ou de moustiquaires individuelles présentant toutes les garanties de protection.

Les cas suspects sont immédiatement isolés dans les conditions fixées par le service médical. L'autorité médicale désigne les personnes devant être placées sous surveillance dans des établissements du fait de leurs contacts avec des contagieux ou suspects. En outre, les propriétaires, gérants ou occupants d'immeubles sont tenus de donner au service médical, dans les conditions fixées par lui, toutes les facilités pour permettre la désinfection et la désinsectisation des locaux contaminés et avoisinants.

Enfin, les individus désirant sortir de la zone placée sous le régime de surveillance sanitaire doivent obligatoirement présenter un passeport sanitaire qui doit fixer leur itinéraire et constater qu'ils étaient indemnes de toute affection épidémique à leur départ et que leurs bagages ont été désinfectés ou désinsectés. Pendant les jours qui suivent son départ, le voyageur est soumis à des visites médicales quotidiennes, soit au cours de son voyage, soit à son arrivée à destination. Pendant ces jours, il est également tenu d'user de tous les moyens disponibles pour se mettre à l'abri des vecteurs de maladie.

Le passeport est visé par les autorités administratives et sanitaires des étapes fixées par l'itinéraire et du point d'arrivée. Tout manquement à ces mesures sanitaires est immédiatement signalé par l'autorité médicale à l'autorité administrative.

La surveillance rigoureuse exercée sur les personnes vivant dans la zone contaminée permet de veiller à l'application des dispositions arrêtées. L'autorité sanitaire a ainsi à sa portée un bon moyen de limiter le nombre de cas de maladie. Le troisième et dernier régime de protection est celui d'observation sanitaire.

c) Le régime d'observation sanitaire

Le régime d'observation sanitaire est appliqué quand, dans une localité déterminée, plusieurs cas de maladie se sont produits, constituant ou menaçant de constituer un foyer. Il existe un "foyer" lorsque l'apparition de nouveaux cas au delà de l'entourage des premiers prouve qu'on n'est pas parvenu à limiter l'expansion de la maladie à l'endroit où elle s'est déclarée à son début. Comme les autres régimes précités, le régime d'observation sanitaire comporte des dispositions complémentaires.

La première d'entre elles concerne la fermeture des établissements publics de 17 heures 30 à 6 heures 30. Toutefois, les restaurants qui sont en conformité avec les obligations de protection collective et chez lesquels l'efficacité de la dite protection est dûment reconnue, peuvent-êtré exceptionnellement autorisés à recevoir des clients jusqu'à 21 heures.

Le travail nocturne ou diurne dans des chantiers en plein air ou dans des locaux dépourvus de protection n'est autorisé qu'à la seule condition de suppléer à cette insuffisance. Les personnes résidant dans la zone placée sous le régime d'observation sanitaire doivent se tenir à l'écart de tout vecteur de contamination. La libre circulation hors des locaux protégés ne peut être accordée qu'avec l'appropriation de moyens de protection individuelle.

Le port du passeport sanitaire est obligatoire pour toute personne désirant sortir de la zone placée sous le régime d'observation sanitaire. Ce passeport doit certifier le bon état sanitaire du voyageur et la bonne désinfection de ses bagages, confirmer qu'il a passé les six nuits précédentes (de 17 heures 30 à 6 heures 30) dans une chambre grillagée ou un autre lieu d'isolement sous le contrôle de l'autorité médicale. Des mesures sanitaires sont prises pour les personnes venant de zones non contaminées et transitant en zone contaminée pendant une période inférieure à six jours. Ces dernières ont droit à un passeport sanitaire de sortie si, depuis leur arrivée jusqu'à leur départ elles ont été isolées dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur. Toutefois, les personnes dont l'absence de la zone contaminée ne doit pas dépasser une journée peuvent en sortir par le moyen d'un simple laissez-passer individuel délivré par l'autorité administrative. Cette pièce n'est accordée qu'aux personnes offrant toutes les garanties et justifiant de la nécessité de leur déplacement par des raisons d'intérêt majeur. Ce laissez-passer n'est délivré que dans les localités où réside un représentant de l'autorité administrative, qui avait seule habilité à y mettre son visa. Il devait être présenté lors des contrôles et à chaque fois que l'autorité le jugeait nécessaire.

La désinfection des wagons et véhicules destinés au transport des voyageurs et des marchandises était recommandée suivant les conditions fixées par la réglementation en vigueur. Les formalités devaient être effectuées avant le départ de la zone contaminée et chaque fois que l'autorité sanitaire le jugeait nécessaire.

Lorsqu'un navire se présente dans un port contaminé, la situation sanitaire du port est aussitôt portée à la connaissance du commandant. Dans le but d'éviter toute contamination, les navires sont autorisés à accoster à une distance suffisamment loin des quais. Ils sont soumis à la désinfection avant d'obtenir l'autorisation de recevoir des passagers. Ces opérations sont effectives chaque fois que l'autorité sanitaire a des raisons de penser à son utilité. Les marchandises ne peuvent sortir d'une zone placée sous le régime d'observation sanitaire que si elles ont été soumises à l'arraisonnement, au préalable, dans les conditions fixées par l'autorité sanitaire.

L'étude des régimes de protection permet de faire la remarque suivante : il existe une relation de complémentarité entre les trois régimes dont la description vient d'être faite. Leur

combinaison constitue un moyen efficace pour préserver le territoire ou la circonscription concernée de tout développement d'épidémie. L'efficacité de ces régimes de protection se trouve renforcée par l'institution de commissions permanentes de contrôle regroupant les autorités sanitaires locales et les populations, chargées de veiller à la parfaite exécution des mesures de protection sanitaire ordonnées, de procéder à tous les constats nécessaires avec l'assistance d'un agent de l'autorité dûment qualifié.

Les deux types de prévention dont il vient d'être fait état dans cette étude fournissent des renseignements sur les précautions employées pour éviter les maladies. Si le premier apparaît comme une fuite face à l'avancée des maladies, le second se caractérise par son efficacité relative.

Diverses méthodes sont utilisées dans le cadre de la lutte menée pour prévenir les épidémies. L'importance des domaines qu'elles embrassent peut être considérée comme un facteur de limitation des risques de propagation de maladies.

CHAPITRE III : LES MÉTHODES DE PROPHYLAXIE

Les mesures sanitaires prises au cours d'épidémies visent à ralentir la progression de la maladie à défaut de la stopper de façon définitive. Leur application est donc mue par une volonté de faire face à une situation bien déterminée à laquelle il faut trouver des solutions plus ou moins immédiates.

Les méthodes de prophylaxie sont les procédés destinés à diminuer les risques de propagation des maladies, même en leur absence. On distingue parmi elles des mesures d'hygiène pratique, les actions menées au niveau des établissements scolaires et dans les groupements à vocation sociale.

1. Les mesures d'hygiène pratique

Dans le but de limiter l'impact des épidémies sur les populations, l'administration avait jugé nécessaire de prendre certaines mesures d'hygiène pratique constituées d'un ensemble de précautions visant à protéger les hommes des germes pathogènes et des agents leur servant de véhicules. Elles se réduisent à des quarantaines, des opérations de dératisation, de destruction des foyers pathogènes, de déguerpissement et du traitement de l'eau utilisée pour l'alimentation des populations.

a) Les quarantaines

Les quarantaines sont des mesures d'isolement s'appliquant sur les sujets atteints de maladie ou jugés suspects. Elles visent ainsi à empêcher la contamination des personnes saines et à réduire les risques de propagation des épidémies. Les mesures quarantenaires touchant les malades et suspects étaient appliquées aux habitants de Dakar et aux nouveaux arrivants provenant de lieux contaminés.

L'article 7 de l'arrêté relatif à la prophylaxie des maladies épidémiques a prévu l'isolement à domicile des malades contagieux et des personnes qui les assistent. L'article 8 du même arrêté, recommande l'isolement obligatoire dans des locaux spécialement prévus à cet usage, des malades atteints de choléra, de peste, de fièvre jaune et de toute autre maladie épidémique dont la gravité rendrait leur maintien à domicile comme un danger public. Cette obligation vise essentiellement la population africaine. Elle s'adresse aussi bien aux malades qu'à leur entourage qui peut contacter la maladie pendant la période reconnue contagieuse.

L'isolement des malades est fait à l'hôpital central indigène, au pavillon des contagieux ; celui des suspects dans les lazarets de la ville.

Les autochtones, dont l'isolement a été décidé la veille, subissent un examen sommaire qui permet de les diriger immédiatement sur l'hôpital. Les personnes reconnues malades sont conduites au camp d'isolement où elles font l'objet d'une deuxième visite médicale plus sévère. Tout fiévreux est envoyé en observation à la salle des contagieux de l'hôpital central. La visite médicale est subie par tous les membres d'une famille où on a noté un décès par suite de maladie épidémique. Dieng Samb se souvient encore de ces rassemblements devant le médecin européen au lazaret, "lieu où on gardait les malades et les suspects pendant huit jours. A l'expiration de cette durée les non-malades étaient autorisés à rentrer chez eux" ¹. Les quarantenaies sont maintenus au camp pour une période variable suivant la nature de l'affection en cause. Ces mesures de protection en direction des malades et suspects sont complétées par une surveillance rigoureuse exercée sur tout arrivant à Dakar, par voie de terre ou de mer.

La mobilité des hommes constitue un élément important dans la propagation des maladies. Dès lors, beaucoup d'efforts ont été déployés par les autorités en vue d'assurer un contrôle systématique de la population dakaroise et de lui garantir une sécurité sanitaire. La première méthode a consisté à isoler les quartiers contaminés par le moyen d'un cordon sanitaire. Ceci visait à éviter tout contact des dits quartiers avec le reste de la ville. Cette mesure s'accompagne de dispositions prises en direction des voyageurs par voie de terre. Les autorités sanitaires comptaient sur la collaboration des responsables de la ligne ferrée Dakar-Saint-Louis. Dans ce cadre, il a été prévu que le transport des malades ne pouvait se faire que sur autorisation délivrée par le service sanitaire. Le but d'une telle décision est de réduire le nombre des porteurs de germes embarqués dans les wagons, à défaut de les supprimer d'une façon définitive.

Au niveau du port, le nombre important des bateaux constitue un risque permanent de détérioration de la situation sanitaire de la ville. Aussi des mesures rigoureuses furent-elles prises en direction de toutes les provenances des lieux contaminés ou suspects. Les provenances du sud-ouest africain et de l'Amérique latine étaient particulièrement visées. A la suite des arraisonnements, les passagers sont immédiatement conduits au lazaret du Cap Manuel où ils sont soumis à la visite médicale. Les malades sont pris en charge par le service de santé et les suspects placés sous surveillance médicale, assurée au lazaret par le médecin du service de santé. A Bel-Air, elle est faite par un médecin ou aide-médecin du Service d'Hygiène.

¹ Entretien du 4/8/94 avec Dieng Samb né en 1904.

Les problèmes rencontrés dans l'isolement des malades et suspects peuvent se résumer à un déficit de matériaux nécessaires au traitement adéquat des internés et à la défektivité des infrastructures. Au camp de ségrégation par exemple, les baraques sont dépourvues de plafond ; ce qui empêche la désinfection des chambres dont le délabrement rend douteuse l'efficacité du lavage avec solution antiseptique, même forte. En outre, les populations autochtones acceptaient très difficilement de se soumettre à la surveillance médicale. Dans ce cadre, certains n'hésitaient pas à s'enfuir avec tous les risques que cela comporte pour la santé publique. Des incidents avaient souvent lieu lors de l'instauration des cordons sanitaires, les différends opposant les forces de l'ordre aux populations africaines désireuses de vaquer librement à leurs occupations.

La police exercée sur les navires en provenance de l'extérieur provoquait souvent la colère des armateurs qui, plus soucieux des profits tirés du commerce, considéraient les arraisonnements et les quarantaines comme de simples tracasseries administratives dirigées contre eux. Ainsi, ils usaient de tous les moyens pour tromper la vigilance des autorités sanitaires portuaires. Dans cette visée, ils allaient jusqu'à embarquer délibérément des passagers à l'état sanitaire douteux ou bien jusqu'à se procurer de fausses patentes ¹.

Les problèmes mentionnés ci-dessus ne sauraient occulter l'intérêt des mesures quaranténaires dans le processus de lutte contre les maladies transmissibles. On se sera rendu compte à l'issue de cette étude qu'elles ont constitué un puissant frein contre la propagation des affections épidémiques. Une autre méthode de lutte a consisté à mener un vif combat contre les animaux nuisibles comme le rat qui, de l'avis de beaucoup de médecins, a été le principal agent de diffusion de la peste.

b) La dératisation

L'apparition de la peste en 1914 n'a pas eu comme conséquence immédiate une lutte contre les rats. Les mesures prises par l'autorité sanitaire ont visé uniquement les personnes et les immeubles.

De 1914 à 1920, aucun service de dératisation n'a été organisé. Le rôle joué par le rat dans la propagation de la peste semble être ignoré ou fortement sous-estimé. C'est au mois de mai 1914 que de timides démarches furent entreprises pour lutter contre les rats. Lors de la séance du comité local d'hygiène du 18 mai 1914, le chef du service de santé émettait le vœu

¹ANS : H10 : Santé : Organisation et fonctionnement. Etat sanitaire et mesures de quarantaine (Sénégal, Guinée, Côte-d'Ivoire) : 1898-1910.

que soit instituée une prime de 0,10 F à la destruction des rats ¹. C'est seulement en 1917 que le Gouverneur Général se préoccupe de l'importance de la lutte contre les rongeurs. Par lettre n° 1502 du 13 octobre 1917, il recommandait au Gouverneur du Sénégal la lutte antimurine, résumait les diverses méthodes de chasse et les produits à utiliser. Il réclamait enfin l'organisation d'un service permanent de dératisation pour les villes de Saint-Louis et Dakar. Le conseil sanitaire maritime du 2ème arrondissement et le conseil municipal d'hygiène se préoccupèrent eux aussi de la question, à l'issue de leurs séances des 8 juin 1918, 8 décembre 1919 et 31 juillet 1919.

La lutte menée contre les rats n'a pu être organisée qu'avec des moyens de fortune entre 1914 et 1920. Le matériel utilisé était composé de pièges et de quelques produits toxiques. Dans le but de stimuler la lutte antimurine, la municipalité avait décidé, par arrêté du 15 juillet 1914, d'accorder une prime de 0,25 F pour chaque rat tué par les chasseurs, ultérieurement portée à 0,50 F ².

La modestie des moyens mis en place a eu comme résultat un nombre peu important de captures. En 1914, le Service d'Hygiène n'obtient pas plus de 1500 rongeurs détruits par le piège ou par l'action directe. En 1915, seuls 600 rats furent pris dans des nasses et envoyés au laboratoire à des fins d'examen. En 1916, les autorités sanitaires de la ville trouvèrent un nouveau moyen de destruction des rats. Il s'agit d'une substance toxique dénommée Virus Danytsz. D'une manière générale, la lutte contre le rat se poursuit tant bien que mal jusqu'en 1919. A partir de cette année, elle connaît des difficultés importantes.

En 1919 ³, le Service d'Hygiène ne dispose plus d'appareils ou d'outils en état de fonctionner. Son rapport annuel évaluait l'ensemble de l'équipement encore utilisable à 24 nasses de résistance d'ailleurs insuffisante. Le personnel dératisateur composé seulement de deux gardes sanitaires n'obtient que des résultats médiocres. Le nombre moyen des captures journalières dans la saison la plus favorable ne dépasse plus 10. La situation demeure inchangée en 1920. La seule nouveauté consista au clayonnage des collecteurs d'eau de pluie, sur la demande de la commission municipale d'hygiène.

La dératisation connut un nouveau élan à la fin de 1920 où l'autorité locale, décida de l'entreprendre de façon plus méthodique ; elle trouva le soutien du Gouvernement Général de l'AOF "pour étudier les méthodes à suivre en vue de l'éradication de la peste". La commission instituée à cet effet recommande, au mois de mai 1921, l'observation de mesures d'hygiène, notamment à l'intérieur des habitations. Elle émit également le voeu que soit

¹ ANS : H22 : L'hygiène à Dakar (1919-1920). Rapport du Service d'Hygiène de Dakar (1899-1920).

² ANS : H22 : Id.

³ ANS : H22 : Ibidem.

admis le rôle primordial du rat dans la propagation de la peste, souhaita que la dératisation soit reconnue dans l'ensemble des colonies de l'AOF comme une mesure de toute urgence et prôna l'organisation d'un service de dératisation comprenant un personnel habitué, renforcé par des équipes de dératisateurs venus de France. Dans les villages, elle comptait sur la mobilisation de la population locale. L'instauration d'une mission de recherches biologiques confiée à un savant spécialisé est également prévue au chef-lieu.

Le service permanent de dératisation, créé par l'arrêté du Gouverneur Général en date du 6 juillet 1921 ¹, dépend du Service d'Hygiène. Il est dirigé par un spécialiste dératisateur détaché du service des égouts de Paris. Il comprend en outre trois chefs d'équipe européens et trois équipes de dix manoeuvres africains. A côté du personnel administratif, ce service pouvait compter sur la participation de chasseurs volontaires, des écoles, des hôpitaux et des établissements militaires.

Les procédés employés restent encore identiques à ceux utilisés dans les premières périodes de la lutte avec des nasses et des pièges. A la date du 20 juin 1922, 3000 pièges étaient mis en service. Des appâts toxiques étaient également utilisés. A compter du 1er janvier 1922, 150 000 appâts environ ont été répandus dans les égouts, les galeries, les boîtes d'ordures, les dépotoirs. La dernière méthode est la dératisation au SIC du Midi. Chaque année, la ville africaine et les bas quartiers sont visités par deux équipes de dératisateurs spécialisés qui procèdent, dans les maisons, baraques et paillottes, à la recherche et à la sulfuration des terriers qui sont ensuite obturés au ciment. En 1940, 10 123 rats ont pu ainsi être détruits. En dépit de son prix de revient élevé, cette méthode est d'une efficacité incontestable. La lenteur du procédé et l'étendue de la ville firent que chaque quartier ne put bénéficier de ce traitement qu'une fois par an. En 1940, 1 746 maisons, 3 637 baraques et 465 paillottes ont pu être dératisées de cette façon ². La lutte contre les rongeurs est poursuivie par l'amélioration des méthodes d'évacuation et de destruction des ordures ménagères par la mise en service par la municipalité de camions, de fours sur l'emplacement de l'ancien dépotoir, ainsi qu'aux différents points de la ville inaccessibles aux voitures. Elles consistent également à procéder au nettoyage intensif des terrains vagues et à l'application stricte des règlements sanitaires.

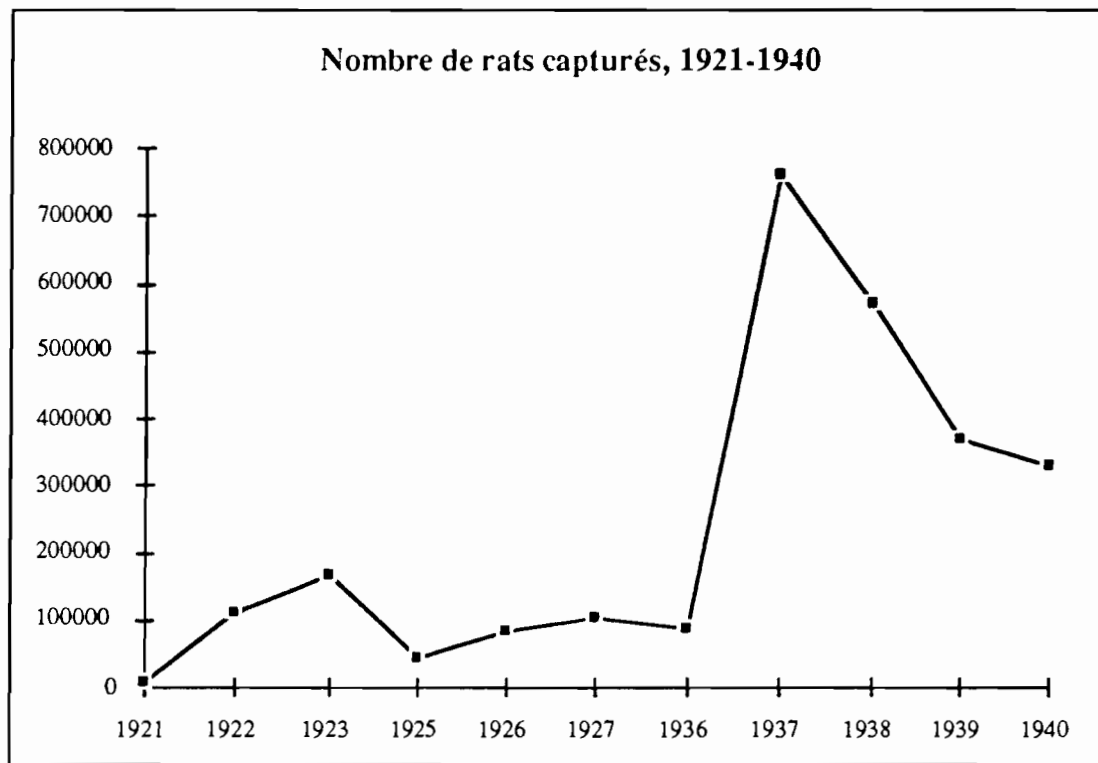
Des mesures analogues, avec les mêmes procédés sont prises au niveau de la région du port par le service de police sanitaire et maritime. Sur un sondage effectué par une équipe spéciale en 1940 sur 2954 navires, 39 458 rats ont pu être capturés ³.

¹ ANS JO AOF (1921 : 542).

² ANS : 2G40 - 15, 16, 17 : Dakar et dépendances. Rapport 1940.

³ ANS : Id.

Figure 8 : Courbe du nombre de rats capturés.



Source : Rapports périodiques du Service de Santé.

D'une manière générale, les captures ont connu une nette progression au cours des années. Pendant la période s'étendant entre juillet et novembre 1921, la moyenne mensuelle de rats capturés a été de 500 à 600. En 1925, 45 570 rats ont été capturés. A part de légères baisses, les prises ont été importantes dans l'ensemble. Les baisses enregistrées ne signifient nullement un relâchement du service de dératisation, mais plutôt une diminution de la gent murine à Dakar. L'importance des prises a-t-elle eu des incidences sur l'évolution du nombre des cas de peste signalés ? C'est ce que nous avons voulu voir dans le tableau ci-dessous :

Figure 9 : Tableau du nombre de cas de peste constatés à Dakar entre 1914 et 1940.

Années	Nombre de cas de peste	Indices
1914	1415	100
1919	546	38,58
1920	28	1,97
1921	1194	84,38
1922	32	2,26
1923	17	1,20
1927	927	62,51
1929	345	24,38
1930	394	27,84
1933	120	8,48
1934	575	40,63
1935	75	5,30
1936	9	0,63
1937	1	0,07
1938	0	0
1939	0	0
1940	0	0

Source : 1914-1920 : H56 : Peste à Dakar et au Sénégal (1917-1920).

1921-1923 : H57 : Peste à Dakar et au Sénégal (1919-1920).

1927-1940 : Circonscription de Dakar et dépendances. Rapports annuels.

L'effort effectué par le service de dératisation semble avoir des répercussions sur la morbidité pesteuse. Cela est plus visible à partir de 1938 où on ne signale plus aucun cas de peste. Cependant, la dératisation vise uniquement à freiner l'avancée des épidémies de peste. Elle ne saurait dès lors suffire pour stopper complètement les autres épidémies qui faisaient également des ravages parmi les populations. Afin d'atténuer leur degré de virulence, le Service d'Hygiène institua la destruction des foyers pathogènes comme autre moyen de lutte.

c) La destruction des foyers pathogènes

La destruction des foyers de développement des germes pathogènes fut considérée comme très importante. Les travaux du Service d'Hygiène se répartissaient en opérations essentiellement dirigées contre les moustiques vecteurs du paludisme et à la désinfection des matériaux mobiliers et immobiliers.

La lutte antilarvaire a intéressé les mares, les dépressions situées aux environs immédiats de la ville et les gîtes d'anophèles existant dans les maisons. Des équipes chargées du drainage et du comblement des dépressions ont constamment oeuvré pour lutter contre l'envahissement des eaux. Les méthodes employées pour supprimer les moustiques sont le mazoutage, le pétrolage et l'usage de l'huile de moteur d'avion.

Le mazoutage et le pétrolage consistent à verser une quantité de ces substances huileuses dans l'eau afin de former sur sa surface une mince pellicule capable d'asphyxier les

larves. En 1936, il a été consommé 16 911 litres de pétrole (contre 2 000 en 1934 et 7 000 en 1935) ; 27 034 litres de mixture antilarvaire "Shell" et 3 450 litres d'huile de vidange de moteur d'avion ¹.

Parallèlement, les agents du Service d'Hygiène effectuaient des tournées d'inspection dans les domiciles. En 1939, 483 250 visites domiciliaires furent faites. En 1940, on en comptait 496 537. La démoustication a concerné, pour l'année 1939, 207 maisons, 881 baraques et 680 paillottes. En 1940, on compte 82 maisons, 107 baraques et 62 paillottes. Pour les mêmes années, 44 et 26 puits ont été respectivement comblés ².

La destruction des moustiques est complétée par la désinfection de tous matériels et objets contaminés ou suspects. Les méthodes employées pour la désinfection sont le grésylage et la sulfuration. D'une manière générale, les agents du Service d'Hygiène ne rencontrent pas de difficultés dans la ville européenne. Pour opérer dans des maisons bâties en dur, pourvues de pièces plafonnées, l'administration dispose d'un matériel parfaitement adapté. Qu'il s'agisse de désinfection ou de désinsection dans des immeubles en bon état, conformes au règlement sur la salubrité des habitations, l'action du Service d'Hygiène est souvent efficace.

Il n'en est pas de même dans la ville africaine et dans les villages de la banlieue où les baraques et les cases prédominent nettement. Dans ces habitations, l'étanchéité des parois n'existe pas. La désinfection par vapeur sulfureuse est rendue possible par le recouvrement de l'habitation d'une double couverture de bâche. Les plis de la couverture descendent tout autour jusqu'à terre et sont maintenus sous une épaisse couche de sable. Si l'opération peut être considérée comme suffisante, la stérilisation des parois ou du sol, même sous l'action prolongée des vapeurs, demeure très douteuse.

C'est surtout en période d'épidémie que le service de désinfection connaît un regain d'activité. Le bureau d'hygiène se trouve bien des fois obligé d'interrompre toutes les autres fonctions qui lui sont normalement confiées. Les opérations portent obligatoirement, pour chaque cas d'affection contagieuse, non seulement sur l'habitation où la maladie a été signalée, mais encore sur les immeubles environnants. Leur entassement constitue en effet un facteur de dissémination des microbes. Les difficultés de circulation créées par l'entassement, les confusions existant dans l'immatriculation des parcelles, les fausses adresses déclarées à l'autorité municipale, leurs imprécisions posaient beaucoup de problèmes aux agents d'hygiène. Une telle attitude visait à éviter la visite domiciliaire à l'issue de laquelle la destruction de la maison par le feu pouvait être prononcée.

¹ ANS : 2 G 36 - 21, 103 : Dakar et dépendances. Rapport (1936).

² ANS : 2 G 40-15 -16 - 17 : Dakar et dépendances. Rapport (1940).

Ces opérations avaient eu lieu notamment en 1914, 1919 et 1920 où la constatation de quelques cas de peste avait entraîné l'incendie de la quasi-totalité des habitations africaines. Elles ont aussi provoqué une vive opposition de la population autochtone. Le Gouverneur Général l'a relaté dans son rapport adressé au ministre des Colonies :

“Dès que le feu fut mis à la première case, des vociférations se font entendre, les armes diverses et les revolvers sortirent et ce premier lot de protestataires fut renforcé par des indigènes sortant de toutes les cases et ruelles du village ; c'était l'émeute qui se ruait sur la force publique. Puis, sur l'avenue Gambetta, nous avions en face de nous 3 000 à 4 000 qui n'attendaient qu'un ordre pour prendre immédiatement l'offensive. Tous les Lébus avaient le boubou serré à la taille, tous gris-gris dehors, armés en plus de l'inévitable poignard indigène, de bâtons, de pioches, haches, vieux canons, de fusils sans compter les revolvers cachés. C'est alors que parvint l'ordre du Gouverneur Général de se retirer”¹.

Si l'hostilité de la population autochtone a été réelle au cours de cet événement, on doit cependant remarquer que ce témoignage contient beaucoup d'exagérations, en particulier sur le nombre des insurgés et sur leur armement. Cette hostilité face aux incendies de maisons peut s'expliquer par le fait que, d'une part, les populations autochtones les considéraient comme des mesures abusives, destinées à les chasser de la ville européenne, l'épidémie de peste n'étant qu'un prétexte ; et d'autre part, elles rejetaient cette forme de désinfection pour ne pas quitter la concession fondée par l'ancêtre avec tout ce qu'elle contient de précieux, les gris-gris en particulier.

“Lors du décès du Diaraaf de Mboth, Mbaye Beuk, le Service d'Hygiène voulut incendier la maison. La population s'y opposa parce qu'il y avait des talismans”², témoigne Arona N'doye.

L'opposition de la population autochtone a finalement ralenti les opérations d'incinération. Désormais, l'administration songe à déplacer ces populations à la périphérie de la ville européenne où elles ne constitueraient plus une menace pour la santé publique.

d) Les déguerpissements

Les épisodes de déplacement de villages africains sont nombreux dans l'histoire du Sénégal en général et de Dakar en particulier. Déjà, en 1858, les villages de Ngaraf, Hock, Kaye, Thiérigne et Tann furent déplacés pour permettre aux Européens de s'installer³. Le motif avancé fut le souci de sauvegarder la santé publique, la séparation des communautés

¹ ANS : H 55 : Peste à Dakar (1914).

² Entretien du 03/08/94.

³ Assane Seck (1970 : 130).

étant considérée comme seul moyen pour atteindre cet objectif. En 1886, le médecin-chef de Dakar propose de déplacer le village africain et de le transporter du côté de la mer. Jusqu'en 1902, les déplacements n'étaient pas encore très courants

La séparation des communautés a été d'abord motivée par une volonté de faire de Dakar une ville exclusivement européenne à la suite du transfert de la capitale fédérale. De plus, les apparitions répétées d'épidémies de fièvre jaune au début du 20^e siècle poussaient la mission sanitaire mise sur pied à cette occasion à prôner cette mesure comme solution incontournable. Le Docteur Grall affirmait qu'"une des premières mesures à prendre serait de séparer la population européenne de la population noire et d'affecter à chacune d'elles des quartiers séparés"¹.

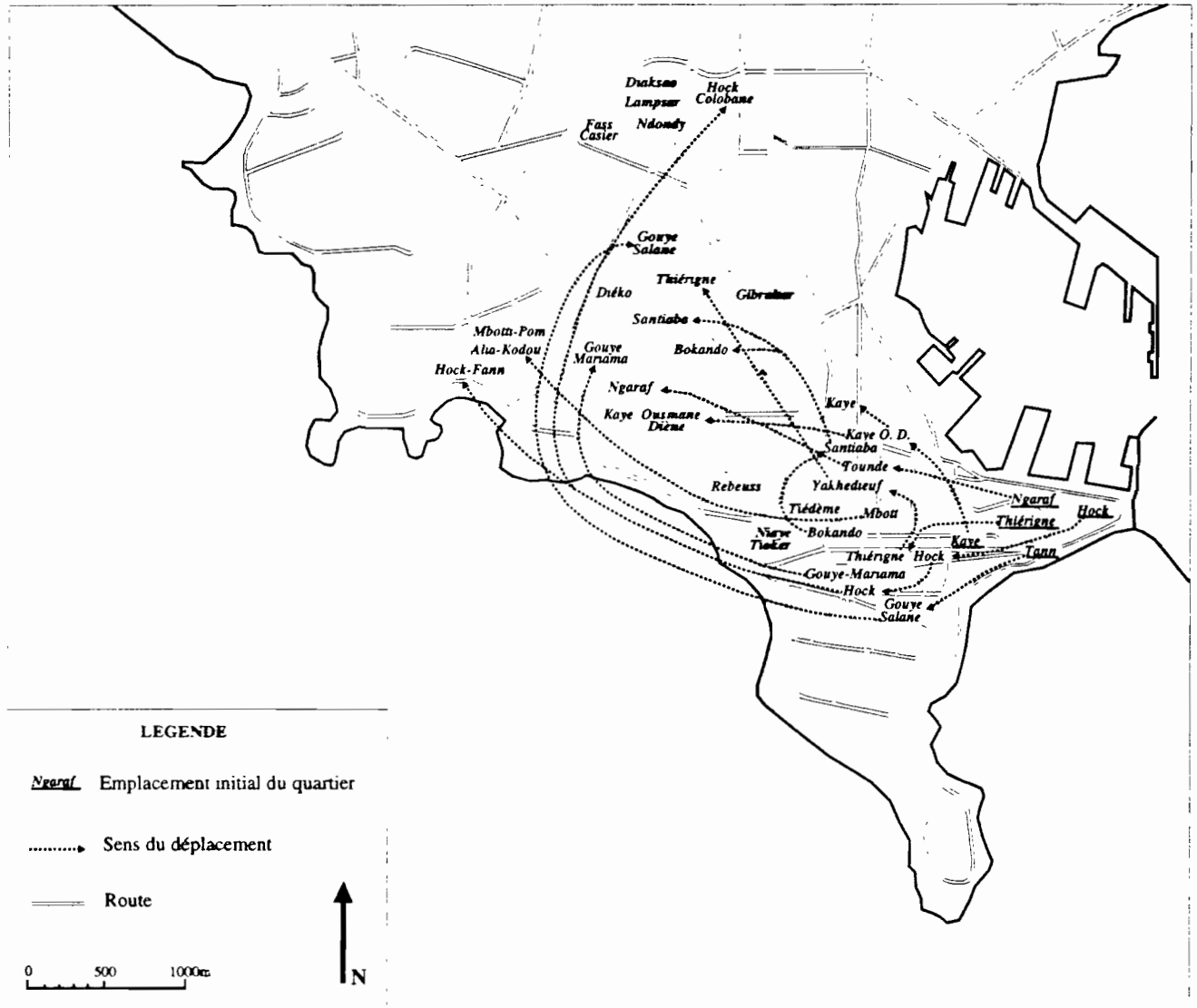
Parallèlement, la mission propose l'application de mesures d'hygiène notamment en ce qui concerne la construction. Par l'arrêté du 21 juin 1905,² le Lieutenant-Gouverneur institue l'obligation d'une autorisation de construire pour bâtir à Dakar et interdit l'utilisation de matériaux légers tels que pisé, banco, torchis, paillettes, carton bitumé, clayonnage... L'arrêté municipal n°1506 bis du 5 septembre 1911³ sur la construction n'autorise plus que des constructions en dur dans la zone occupée par les Africains. Il y interdit également la réparation des immeubles en bois. Cette décision apparaît comme un moyen d'expulser les populations autochtones du centre-ville ; dans leur grande majorité, elles ne disposaient d'aucun moyen pour se doter de constructions en dur.

¹ ANS H47 : Mission sanitaire du Sénégal. Rapports (1901).

² ANS : JO Sénégal (1905 : 355-357).

³ ANS : JO Sénégal (1911 : 776).

Figure 10 : Les déplacements de quartiers africains de Dakar



Source Assane Seck Dakar, métropole ouest-africaine, IFAN, 1970, page 130

La peste de 1914 constitue l'occasion inespérée pour procéder au déguerpissement des villages africains. L'opération fut considérée comme de première urgence dès les premiers jours de l'épidémie. Les raisons officielles sont longuement exposées lors de la séance du 7 juillet 1914 du comité local d'hygiène :

“S'appuyant sur la situation sanitaire de la ville et les graves dangers que cette situation fait courir à la population et à l'existence économique du pays, envisageant les obstacles de toute nature apportés sur l'élément indigène à l'exécution des mesures édictées en vue de remédier à la situation et en particulier la dissimulation systématique des cas suspects et des foyers de contamination, considérant que les constitutions d'habitats antihygiéniques de la population indigène, les pratiques rituelles dangereuses auxquelles elle s'obstine à se livrer, la malpropreté invétérée et incurable dans laquelle elle se complait rendant illusoire tout espoir de remédier, par les moyens prophylactiques connus, à la situation actuelle, la commission déclare que la ségrégation de la population indigène en un point éloigné de la ville européenne et la destruction ou la démolition constituent la seule mesure susceptible d'arrêter l'extension de l'épidémie actuelle”¹.

Les mesures de destruction intéressent les maisons ou carrés abritant des cas de peste. A partir de ce moment, l'obligation s'impose de prévoir un site pour les habitants des maisons détruites qui, sans cela, demanderaient l'hébergement à des parents ou à des amis. Ils créeraient ainsi, pendant une période déterminée, un encombrement favorable à la diffusion de la peste. L'arrêté du 24 juillet 1914 du Gouverneur Général fixe les conditions d'exécution des mesures de destruction et d'évacuation de la ville africaine. Il dote chaque chef de famille d'un lot de terrain à titre gratuit. Chaque propriétaire bénéficie également d'une prime de construction variable suivant l'importance ou la nature des nouvelles édifices. La Médina fut ainsi créée².

La nouvelle ville est prévue pour l'accueil de 20 000 Africains. Les familles évacuées effectuent un séjour d'observation de dix jours dans un camp d'isolement. A leur sortie, un passeport sanitaire est remis à chaque individu. Ce papier les autorise à s'installer à l'emplacement choisi par l'administration. En 1916, les autorités ont réussi à installer 5000 Africains.

L'évacuation des villages africains a suscité beaucoup de critiques. Le parti Jeunes Sénégalais, par la voix de son journal *La démocratie du Sénégal* considère cette mesure comme une “volonté de création d'une ville où seront parqués les nègres seulement, vaste négrierie, grande captiverie dorée toute moderne”³.

¹ ANS : H 55 : peste à Dakar (1914)

² ANS : H55 : Id.

³ ANS : H21 : L'hygiène à Dakar (1916-1917)

Les déguerpissements ont offert à l'administration l'occasion de réaliser son projet de construire la ville selon les normes européennes. Il reste à garantir à ce nouvel espace l'alimentation en eau potable dont on connaît la grande importance.

e) Le traitement de l'eau

La première source d'alimentation de la ville en eau potable fut la galerie creusée en 1865, sur une largeur de 100 mètres au niveau de l'Aiguade et qui portait le nom de son initiateur : Pinet-Laprade. Elle fut destinée à recueillir l'eau de pluie pendant l'hivernage. Entre 1878 et 1879, d'importants travaux y furent effectués : reconstruction et allongement de 500 mètres. La galerie de l'Aiguade devait fournir de l'eau à deux citernes dont l'une, construite en 1878, d'une contenance de 1800 m³, était située au niveau de l'Aiguade même. L'autre citerne était à la Marine depuis 1881 avec un volume de 1668 m³. Ces deux réservoirs furent réunis par une conduite en ciment sur le parcours de laquelle ont été installées cinq bornes-fontaines. Finalement, cette galerie fut supprimée pour raison de pollution et son eau utilisée pour l'arrosage d'un jardin public ¹.

Le service des Travaux Publics procéda alors au creusement d'un autre bassin à Bel-Air en 1895 sur 15 mètres. Ce bassin avait un débit journalier de 50 à 100 m³. La qualité de son eau fut d'abord jugée bonne avant qu'il ne soit frappé d'interdiction pour les mêmes raisons que la galerie de l'Aiguade ².

En 1901, on se replia sur les dunes de Hann, sorte d'entonnoir par lequel passe annuellement une hauteur de pluie de 0,5 mètre. Une grande partie de cette eau, en s'infiltrant dans le sol, forme une réserve aquifère considérable. C'est au niveau de cette réserve que l'on s'est proposé de procéder au captage par le moyen de galeries filtrantes. A sa création, la réserve de Hann fournissait 1000 m³ d'eau par jour. Cette quantité se révéla insuffisante pour la population urbaine composée de 12 000 autochtones et de 1 500 à 2 000 Européens ³. A ce nombre, il faut ajouter 1 500 militaires et 300 marins. Les besoins combinés de cette population avec ceux de l'Arsenal et de la Marine de commerce nécessitent la distribution de 2 000 m³ d'eau par jour. Face à cette situation, des mesures furent prises.

¹ ANS : H47 : Mission sanitaire du Sénégal. Rapports (1901).

² Id.

³ Id.

Le décret du 6 juin 1907 ¹ autorisa l'ouverture de travaux destinés à assurer à la ville un volume d'eau supplémentaire de 4 000 m³ par jour ; la recherche et le captage de nappes nouvelles furent immédiatement commencés. Selon les prévisions, la région de Hann, déjà utilisée, devait fournir 1 000 m³ d'eau par jour. Un autre point de la Presqu'île du Cap-Vert devant assurer les 3 000 m³ restant. Entre 1907 et 1908, 10 puits filtrants et 2 puits avec drains latéraux furent construits à Hann. Ils donnèrent respectivement 2 000 et 4 000 m³ d'eau par jour. Dans les régions de Cambéréne et de Mbaou, des sondages furent effectués et permirent, dans le dernier lieu, le forage d'un puits d'un débit de 200 m³ par jour. En outre, une nouvelle conduite de refoulement fut placée le long de l'avenue Gambetta pour faciliter la distribution de l'eau en ville. Ces travaux ont entraîné la mobilisation de 458 000 F en 1909 sur la dotation de 2 000 000 F ².

La qualité de l'eau dans les habitations européennes, dotées d'équipements adéquats pour l'alimentation et la conservation dans les meilleures conditions d'hygiène et de salubrité, était bonne. En plus, le laboratoire de microbiologie de l'AOF, installé à Dakar, procédait à l'analyse de l'eau par des méthodes perfectionnées, permettant de dépister les germes qu'elle contenait et de les détruire dans des délais très courts. Cette partie de la ville fut ainsi préservée d'infections en provenance de l'eau d'alimentation.

Dans la ville africaine, le problème était autre. Ne disposant pas de robinets dans leurs habitations, les populations autochtones venaient s'approvisionner dans les réservoirs avec des barriques. La grande capacité de ce récipient les dispense ainsi de cette corvée pendant une durée plus ou moins longue. Pour compléter leurs besoins en eau, elles utilisaient aussi des puits et même des eaux de surface.

Avant la création de la Médina en 1914, les populations autochtones, à quelques exceptions près, tiraient leur eau des sources précitées. Le phénomène était d'une plus grande envergure dans les villages. "Avant les robinets, on creusait des puits. Les puits se trouvaient derrière le village et étaient la propriété de tous. Les maisons qui disposaient d'un puits étaient d'anciens champs. On procédait à l'approfondissement de ces puits, ensuite on venait s'y approvisionner.

Pendant la saison des pluies, on buvait l'eau des mares. Elles étaient abondantes à Dakar, en particulier à Reubeuss. Des mares existaient aussi au site actuel de la Prestation Familiale. Les caïmans y vivaient en abondance" ³, raconte Dieng Samb.

¹ ANS : JO Sénégal (1907 : 366).

² ANS : H22 : L'hygiène à Dakar 1919-1920. Rapport du Service d'Hygiène (1899-1919)

³ Entretien du 4/08/94.

L'administration, par l'intermédiaire du Service d'Hygiène, a mené d'intenses activités pour améliorer la qualité de cette eau. A cet effet, les agents d'hygiène effectuaient le pétrolage des mares et puits afin de tuer les larves et autres germes pathogènes. Ils recommandaient aussi l'usage de l'eau de Javel et l'ébullition pour atteindre le même but. Au cas où le traitement d'un puits était impossible ou difficilement réalisable, le Service d'Hygiène décidait son comblement.

La volonté de mener une lutte contre les germes contenus dans l'eau ne semble pas animée toutes les composantes de la communauté africaine dont un membre s'exprimait en ces termes :

“Vous savez, toute eau qui vient de la terre est bonne à boire. Pour améliorer la qualité de l'eau, on utilisait les feuilles d'un arbuste appelé “taf”. On disait qu'elles nous protégeraient contre la toux. Nous étions loin d'être imprudents. Les Blancs étaient plus soucieux de la vente de leur eau qui, d'ailleurs, contenait des choses que nous ne connaissions pas. Aussi y mettaient-ils de l'eau de Javel”¹.

Après la création de la nouvelle ville africaine en 1914, l'administration décida de procéder à l'amélioration de la distribution de l'eau de la Médina : cinq puits y furent creusés entre 1914 et 1915. Cependant, l'eau tirée de ces puits fut rapidement considérée comme suspecte du fait de leur voisinage avec le cimetière musulman, l'abattoir municipal, le dépôt des ordures ménagères, tous trois situés à un endroit plus élevé. La pente souterraine existant entre les trois infrastructures précitées et les puits pouvait constituer une source de pollution. Pour pallier cela, le service des Travaux Publics suggéra la pose d'une canalisation à Médina dans le but de régler une bonne fois pour toute la question de l'alimentation en eau potable.

En 1930, le problème de l'eau potable fut considéré comme définitivement résolu. Grâce à d'importants travaux, la ville et son port ont pu être largement desservis. Captée à 7 km de Dakar à une profondeur variant entre 16 et 18 mètres, à l'aide d'une série de puits, l'eau est refoulée sur la ville dans cinq réservoirs. Le plus élevé de ces réservoirs permet d'alimenter les points les plus hauts de la ville. La distribution se fait à l'aide d'un réseau de canalisation très important.

La stérilisation de l'eau est faite dans l'usine de captage par la méthode de la verdunisation consistant à additionner dans l'eau de la chlore en doses très faibles. La solution du problème de l'eau a permis de mettre fin au monopole des puits collectifs, en particulier dans les villages africains. La surveillance de ces puits a été la préoccupation majeure des agents du Service d'Hygiène chargés d'effectuer des visites domiciliaires.

¹ Id.

Par l'utilisation de mesures d'hygiène pratique, l'administration visait à limiter considérablement les risques de maladie. Il existait parallèlement des mesures sanitaires utilisées très souvent à titre préventif. Parmi elles, figure la vaccination.

2. Les campagnes de vaccination

Les populations de la ville étaient périodiquement soumises à des séances de vaccination. Par ces opérations, les autorités sanitaires visaient à les doter d'une plus grande résistance aux affections épidémiques ou endémiques comme la peste, la fièvre jaune, la variole ou la méningite cérébro-spinale. La fréquence et la virulence avec lesquelles elles sévissaient avaient amené les autorités à reconnaître la grande importance de l'utilisation de la vaccination comme moyen de prévention. Dans ce cadre, le Docteur Collomb disait à propos de la peste :

“Si une mesure défensive était opposable au développement éventuel d'une épidémie, ce ne pourrait être que la vaccination préventive”¹.

Conscientes de la portée d'une telle mesure pour la protection de la santé publique, les autorités de la colonie produisirent très tôt des actes de loi relatifs à la nécessité de la vaccination. Déjà, en 1905, le Lieutenant-Gouverneur de la colonie rendait, par arrêté du 10 juin, la vaccination et la revaccination antivarioliques obligatoires. Cet arrêté est institué conformément à l'article 5 du décret du 14 avril 1904 relatif à la protection de la santé publique. Le même arrêté réaffirme l'obligation de la vaccination antivariolique au cours de la première année de vie et la revaccination pendant la onzième et la vingt et unième année². Les parents ou tuteurs sont tenus d'envoyer leurs enfants aux séances de vaccination sous peine de se voir infligés les sanctions pour infraction prévues par le titre IV du décret du 14 avril 1904. L'obligation de se soumettre à la vaccination et à la revaccination fut également étendue à la fièvre jaune et à la peste. Pour cette dernière affection, l'arrêté du Gouverneur Général de l'AOF en date du 2 août 1914 rendait la vaccination et la revaccination obligatoires pour l'ensemble de la colonie du Sénégal.

Chaque année, une campagne de vaccination des populations est instituée par décision des autorités administratives et sanitaires. Les campagnes de vaccination sont placées sous la direction du Service d'Hygiène dont les agents sont chargés de l'exécution des opérations vaccinales. L'objectif visé est de faire subir la vaccination au plus grand nombre de personnes. Ces opérations étaient particulièrement orientées vers les populations de la banlieue et des quartiers africains qui ne disposaient d'aucun moyen de protection contre les

¹ Collomb, Huot et Lecomte (1914 : 69).

² George Ribot (1908 : 65).

épidémies. A cette occasion, la ville et sa banlieue étaient divisées en plusieurs secteurs avec une équipe dans chacun d'eux, ayant pour mission de couvrir intégralement le secteur qui lui était confié. Dans les quartiers africains, ces opérations se tenaient en un lieu connu de tous. Il s'agissait souvent de la place publique ou de la maison du chef de quartier ou de village. Par cet acte, les agents vaccinateurs espéraient attirer le plus grand nombre de personnes. Afin de rendre leur tâche de propagande plus aisée, les agents du Service d'Hygiène n'hésitaient jamais à solliciter le soutien des populations autochtones, en particulier les notables. Abdoulaye Diakhaté, un chef d'équipe du Service d'Hygiène de Dakar en retraite, se souvient encore :

“Nous prenions contact avec les vieux, notamment les délégués de quartier et les imams des mosquées. Ces derniers étaient chargés de prévenir les gens du quartier. Les vaccinations pouvaient alors commencer. Il m'arrivait même d'amener une équipe ici, à Grand-Dakar”¹.

Les notables africains sont ainsi de précieux auxiliaires chargés de transmettre les décisions de l'autorité sanitaire à leurs administrés. Ils avaient également la mission de tranquilliser, par leur présence, la partie de la population encore hostile à la pratique vaccinale. Cette opposition d'une grande partie de la population autochtone a été plusieurs fois décrite dans les rapports périodiques du service de santé. Citant les propos d'un responsable du service de santé, un rapport du Service d'Hygiène de Dakar mentionnait :

“La méfiance et la mauvaise volonté des indigènes se sont faites surtout sentir lorsque nous avons voulu faire appliquer les mesures de prophylaxie contre la variole. Nous avons fréquemment insisté auprès de Mr le maire de Dakar pour obtenir l'application de l'arrêté relatif à la vaccination et à la revaccination antivarioliques. Un essai a été tenté. Une vingtaine d'indigènes avaient été convoqués par les soins du secrétariat de la Mairie ; aucun ne s'est présenté”² ?

Le peu d'empressement manifesté chez certaines populations autochtones est diversement interprété. De l'avis de l'autorité sanitaire, l'insoumission des africains aux prescriptions préventives est le résultat d'une incapacité à appréhender le concept de prévention dans toute sa réalité. Les docteurs Collomb, Huot et Lecomte affirmaient à ce propos, avec une pointe de condescendance paternaliste et dans l'esprit du temps :

“La conception abstraite de prévoyance, de prévision, n'est pas encore entrée dans l'esprit du noir. Pour lui, seul le danger présent est un danger réel ; une constatation illustre cette remarque. En 1927, la peste débuta au Sénégal en avril ; le Service d'Hygiène de Dakar essaya de procéder immédiatement à des vaccinations. Ses appels ne furent guère entendus ;

¹ Entretien du 24/08/94 avec Abdoulaye Diakhaté, agent du Service d'Hygiène en retraite. Interview effectuée à Grand-Dakar.

² ANS : H 22 : L'hygiène à Dakar (1919-1920). Rapport du Service d'Hygiène (1899-1919).

ce fut seulement 3 mois plus tard, quand la mortalité devient importante dans la ville même que, spontanément, les indigènes vinrent en masse réclamer l'inoculation ; au cours du seul mois de juillet, 4987 vaccinations furent pratiquées ; et certains après-midi, plus de 800 indigènes envahissent les salles du Service d'Hygiène pour se faire inoculer" ¹.

Il semble ainsi que seul le danger immédiat réussit à plier les autochtones à l'observation des mesures sanitaires. Cependant, les difficultés notées çà et là n'ont pas totalement anéanti l'activité des agents chargés des opérations de vaccination. Il arrivait même que le nombre des inoculations effectuées soit considérable. Cela est rendu possible par l'appui d'autres services. En effet, les agents d'hygiène de Dakar ont été largement secondés par d'autres organismes affiliés au service de santé. Parmi eux, on peut citer l'institut d'hygiène sociale et l'Institut Pasteur de Dakar.

Le nombre des vaccinations antivarioliques a souvent augmenté au fil des années. Estimées à 1 303 en 1925, elles ont atteint 6 727 en 1928. En 1938, 53 956 inoculations ont été faites dont 41 131 par le Service d'Hygiène et 2 825 par l'AMI.

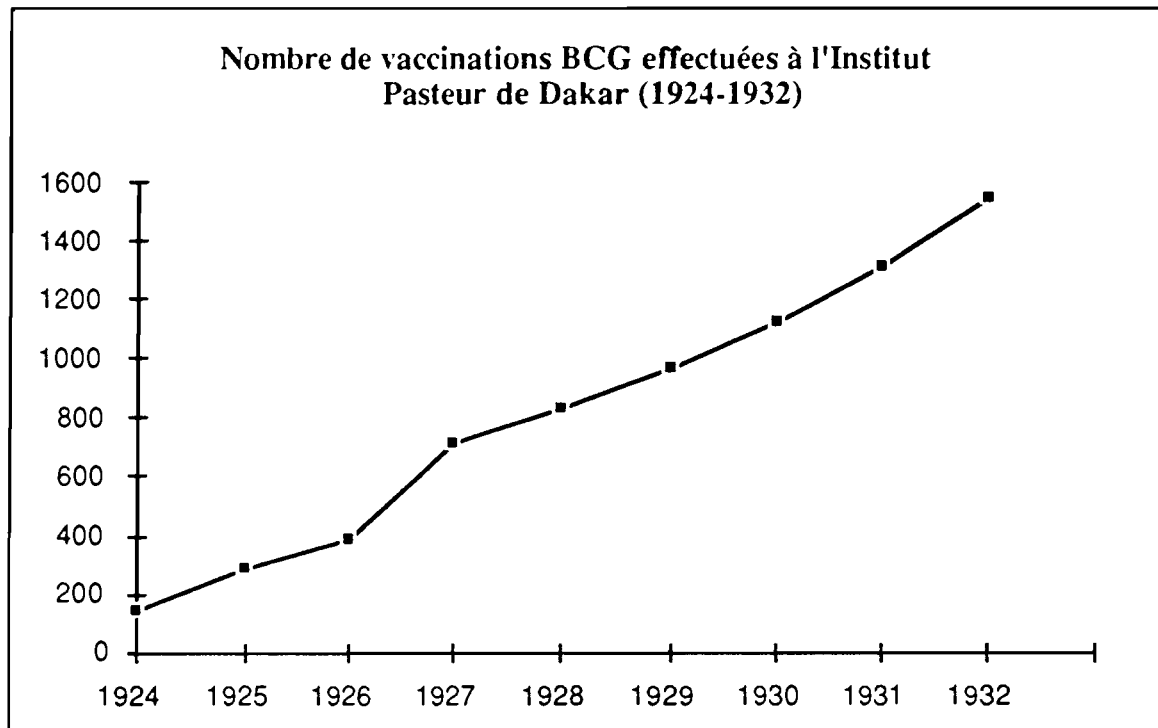
En ce qui concerne la fièvre jaune, 101 864 vaccinations ont été effectuées en 1939 et plus de 300 000 en 1940. Ce qui représente un doublement en une année seulement.

La lutte préventive antipesteuse a connu la même intensité. Le nombre des vaccinations contre la peste est passé de 9 854 en 1927 à 15 458 en 1928 ; 26 678 en 1929. En 1944, un total de 131 070 vaccinations antipesteuses a été enregistré sur une population composée de militaires et de civils. Dans ce nombre, il faut distinguer 11 123 Européens et 119 947 Africains.

C'est dans la lutte menée contre la tuberculose que l'action de l'Institut Pasteur de Dakar et celle de l'institut d'hygiène sociale se sont intensifiées le plus. Ce dernier, par la mise en service d'un corps d'infirmières-visiteuses a beaucoup contribué à la limitation du nombre des tuberculeux. L'Institut Pasteur n'a pas été en reste. Le tableau suivant montre l'évolution des vaccinations contre la tuberculose effectuées dans le dit établissement entre 1924 et 1932.

¹ Collomb, Huot, Lecomte (1914 : 68).

Figure 11 : Courbe du nombre de vaccinations au BCG effectuées à l'Institut Pasteur de Dakar entre 1924 et 1932.



Source : ANS : 2 G 32-26 : Circonscription de Dakar et dépendances. Rapport du Service de Santé (1932).

La courbe a affiché une tendance à la hausse de son début à sa fin. Le nombre des inoculations a ainsi constamment progressé au cours des neuf années choisies. Estimées à 138 seulement en 1924, les vaccinations au BCG atteignent 1545 en 1932. Le chiffre de l'année de départ a été dépassé de près de 10 fois.

Les performances atteintes dans la pratique vaccinale n'ont pas entraîné un relâchement de l'activité des autorités sanitaires. Cette méthode de prévention a connu une utilisation intensive. Des mesures incitatives sont même prises à l'endroit des individus encore réticents à la vaccination. Au cas où la persuasion se révéla inefficace, l'autorité sanitaire fit usage de moyens plus contraignants contre toute personne réfractaire. Dans le cadre de la lutte antipesteuse, un avis mettait en garde la population urbaine contre toute négligence des prescriptions relatives à la vaccination au "haffkine". Dans un avis produit en 1944, donc en pleine guerre mondiale, l'autorité sanitaire invitait les chefs de famille à présenter toutes les cartes individuelles de vaccination antipesteuse des personnes vivant sous leur toit. Cette formalité constituait la seule condition d'obtenir le renouvellement des tickets

de leur carte d'alimentation. Afin d'exhorter les populations à prendre les dispositions pratiques dans les plus brefs délais, le 10 juillet 1944 fut choisi comme date limite. A partir de cette date, l'administration s'engagea à ne plus renouveler de carte avant l'année 1945 ¹. Ce moyen de pression peut être considéré comme important. Cette période de guerre fut caractérisée par la fréquence des problèmes de ravitaillement ². Ce qui obligeait les populations à se soumettre le plus rapidement à la vaccination pour ne pas avoir à faire face à des difficultés nutritionnelles.

Afin d'atteindre le plus grand nombre de personnes, les autorités sanitaires étendirent la nouvelle décision hors de la ville. Dans l'avis précédemment cité, on peut lire :

“Les mêmes mesures seront applicables aux mêmes catégories de personnes résidant dans la banlieue de Dakar et dans la subdivision de Rufisque au fur et à mesure que des séances de vaccination auront été instituées dans les différentes agglomérations” ³

Les campagnes de vaccination se sont singularisées par l'ampleur de l'espace qu'elles couvraient. Loin de se limiter à la ville européenne, elles ont été étendues à la banlieue où même des villages de taille modeste reçurent la visite des agents vaccinateurs. L'action de la vaccination comme moyen prophylactique a été renforcée par l'utilisation de notions d'hygiène dans les établissements scolaires.

3. L'hygiène dans les écoles

L'importance avec laquelle les autorités de la ville considèrent la population scolaire a eu comme conséquence l'instauration d'un certain nombre de règles qui se résument par des pratiques hygiéniques dont l'observation était obligatoire. Il existait d'autre part des précautions d'hygiène à inculquer aux enfants en vue d'une utilisation en dehors de l'école.

Dès le 18 mars 1904, un arrêté du Gouverneur du Sénégal relatif aux précautions à prendre dans les écoles primaires pour prévenir et combattre les épidémies, insiste en son article premier sur la nécessité de doter les écoles d'eau potable. Il recommandait aussi l'observation de mesures de salubrité dans les locaux et dans la cour. Dans ce cadre, il est effectué chaque semaine un lavage du sol des classes à grande eau avec un liquide antiseptique. Un lavage analogue est appliqué aux parois des locaux au moins deux fois par an, notamment lors des congés de Pâques et aux grandes vacances. L'aération des salles de classe est assurée de façon permanente par l'ouverture des fenêtres pendant la récréation des

¹ANS : 1H1 (1) : Affaires médicales traitées par le cabinet du Gouverneur Général (1921-1949). Avis du Gouverneur Général relatif à la vaccination antipesteuse (1944).

² A ce propos, voir Mor NDao (1991).

³ ANS : 1 H 1 (1) : Affaires médicales traitées par le cabinet du Gouverneur Général, (1921-1941).Avis du Gouverneur Général relatif à la vaccination antipesteuse (1944).

élèves. En outre, l'instituteur est chargé de veiller à ce que l'écoulement des eaux se fasse régulièrement dans le voisinage de l'école et que tous les facteurs de stagnation d'eau soient supprimés. Il doit également exercer une surveillance rigoureuse sur chaque enfant. La surveillance doit porter sur le corps et sur les vêtements. Dans son enseignement, il ne doit laisser aucune occasion pour prodiguer des conseils d'hygiène et d'inspirer à ses élèves le goût de la propreté. L'arrêté de 1904 fut renforcé par un autre arrêté du Gouverneur du Sénégal instituant un service d'inspection médicale et hygiénique des écoles. Cet arrêté date du 11 juin 1906. La nouvelle institution se donne une triple mission :

- la surveillance des locaux scolaires ;
- la prophylaxie des maladies transmissibles ;
- le contrôle périodique et régulier de l'hygiène et de l'état de santé du personnel des écoles, qu'ils soient élèves ou maîtres.

Ce service est confié aux médecins du service municipal d'hygiène. Il fonctionne sous la direction du chef du service de santé auquel les médecins adressent un rapport mensuel. On assistera plus tard à l'élargissement du cadre d'activité du service d'inspection des écoles.

Par l'arrêté n°3521/SSM du 7 octobre 1941 ¹, le Gouverneur Général crée le Service Général de l'Inspection Médicale des Écoles. Le SGIME intègre dans la liste de ses prérogatives l'obligation de la vaccination et de la revaccination pour tout élève et enseignant fréquentant les établissements scolaires. Il y ajoute le contrôle des résultats de l'éducation physique et des sports. Les autorités sanitaires expliquent les motifs d'une telle création en ces termes :

“Dans le grand mouvement d'hygiène et d'assistance sociale qui s'organise actuellement en Afrique française, la jeunesse scolaire doit avoir sa part. La nécessité de la protéger et de la suivre s'impose d'une façon particulièrement pressante. Si l'on veut sauvegarder l'avenir de la race, il est indispensable de surveiller attentivement la croissance de l'enfant, non seulement pendant les premières années de la vie, mais aussi pendant la période scolaire. C'est là le but de la création de l'Inspection Médicale des Écoles” ².

Le service procédait régulièrement à des tournées dans les écoles. Chaque écolier est examiné deux fois par année. Les visites médicales avaient généralement lieu au cours des premier et troisième trimestres de l'année scolaire. On visait à réduire au minimum les troubles du fonctionnement des écoles. Dans ce cadre, un tableau indiquant les jours et heures des visites médicales dans les différents établissements scolaires est dressé au début de

¹ ANS : 1 H 105 (163) : Inspection médicale des écoles. Arrêté relatif à la création du SGIME (1941).

² ANS : 1 H 105 (163) : Inspection médicale des écoles. Arrêté relatif à la création du SGIME (1941). Instruction générale sur le fonctionnement du SGIME.

l'année par le chef du service de l'enseignement après entente avec le Médecin-Inspecteur des écoles. Ceux-ci font établir par les instituteurs la liste complète des élèves par classe avec indication du nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse. Ces listes sont groupées par école et envoyées à l'Inspection Médicale des Écoles deux ou trois jours avant la visite médicale projetée. Chaque écolier est doté d'une fiche médicale pédagogique portant tous les renseignements nécessaires au médecin exécutant de même que les observations médicales issues de la consultation.

A côté de ces visites effectuées dans les écoles, il existe parallèlement des visites à domicile. Celles-ci concernent les élèves dont la gravité de la maladie nécessite un traitement à domicile. Elles sont assurées par des médecins désignés à cet effet, mais aussi par des médecins privés ou des infirmières-visiteuses. Elles offrent au personnel médical des écoles des occasions de donner d'utiles conseils ou des renseignements sur les précautions à prendre en matière d'hygiène et de prophylaxie dans le milieu où vit l'enfant.

Ce qui est intéressant dans l'étude de la prévention en milieu scolaire, c'est la transmission de notions d'hygiène très simples mais aussi très efficaces aux enfants. L'aspect préventif n'est pas négligé même dans les programmes d'études instaurés dans les écoles. En 1913, le chef du service de santé avait établi un plan de douze leçons regroupant les connaissances indispensables qu'il importe de diffuser parmi la population africaine et concernant la nature, l'origine, la prophylaxie des maladies les plus connues et les plus redoutables. Il prit place dans le programme de l'enseignement primaire ¹.

¹ Angélique Diop (1982 : 265).

Figure 12 : Fiche médicale pédagogique

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'AOF

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

FICHE MÉDICALE PÉDAGOGIQUE

Nom, Prénom(s)

Né(e) le

Vacciné le Succès le

Par MSignature

Revacciné le.....Succès le

Par MSignature

ÉTAT PHYSIQUE

1er Examen le

Activité générale

Vue

Ouïe

Dentition

SIGNALEMENT ORGANIQUE

État de la poitrine

État de la peau.....

État du cuir chevelu

État du coeur

État de la colonne vertébrale

État du système nerveux

Le chef du Service de l'Inspection Médicale des Écoles.

Source : Georges Ribot : Dakar, ses origines, son avenir. Bordeaux Delmas 1908.

L'objectif de toutes ces actions éducatives est de voir un jour l'écolier transmettre ce qu'il a reçu à son entourage. Par entourage, il faut comprendre le milieu familial, le voisinage, le village ou le quartier tout entier. Les élèves étaient d'autre part amenés à participer à l'assainissement et à l'embellissement du village et des concessions scolaires. Leur éducation ne se limitait pas seulement à l'acquisition de méthodes de protection individuelle. Ils recevaient également quelques notions théoriques sur les maladies épidémiques et endémiques. Cet enseignement simple, largement à leur portée, complétait les conseils pratiques de prophylaxie.

Le rôle de la communauté scolaire apparaît ainsi comme très important dans la politique de prévention. En 1931, le Gouverneur Général écrivait dans une circulaire sur la fièvre jaune :

“L'éducation hygiénique des indigènes appartient aux instituteurs : chaque petit élève doit devenir un moustiquier qui, rentrant dans la case de ses parents, en fera spontanément l'hygiène. Les anciens sont souvent trop cristallisés dans leur ignorance pour que nous ayons l'espoir de les en faire sortir aisément. Mais des jeunes souches, nous pouvons par contre beaucoup obtenir sous réserve de ne pas les instruire uniquement avec des leçons théoriques, en cette matière surtout où seule la pratique compte”.¹

Par l'utilisation des jeunes élèves, l'autorité sanitaire tente de pénétrer dans le milieu africain. Elle espère ainsi mettre fin aux oppositions de certaines familles. L'apport de ces jeunes contribuait donc à persuader les populations autochtones de l'action bénéfique de la politique sanitaire.

La collaboration des jeunes écoliers africains n'a pas réussi à faire disparaître de façon complète la réserve d'une partie de la population autochtone face à l'action sanitaire. A ce niveau, l'administration comptait beaucoup sur les oeuvres d'associations ou de groupements à vocation purement sociale.

4 . Les oeuvres sociales

Jusqu'en 1941, il n'existait pas à Dakar de service d'assistance publique bien organisé selon les principes de la métropole. En 1937, l'administration avait tenté d'instituer un corps d'assistantes sociales. A cette époque et sur l'initiative du Gouverneur Général, une mission de trois assistantes sociales vint à Dakar. Elle prit contact avec les enseignants et les élèves de l'École Normale des jeunes filles. Leur rôle consistait à participer à des opérations de

¹ ANS : 1H27(26) : Lutte contre les épidémies (1927-1931). Circulaire du Gouverneur Général aux administrateurs. Dakar, le 27 octobre 1931.

dépistage des malades, à effectuer des consultations prénatales et post-natales, à l'éducation des femmes et des enfants. Cependant, ces charges sont remplies par le corps des infirmières-visiteuses dans une large mesure. Ce qui n'a pas permis à la mission d'atteindre tous les résultats escomptés. Pour assurer son rôle d'assistance à la population, le service de santé a trouvé d'autres partenaires. Il s'agit d'organismes de bienfaisance, de missions religieuses, de mouvements de jeunesse. Il pouvait également compter sur l'aide de particuliers.

Les organismes de bienfaisance sont des associations ou des institutions à but non lucratif mues par des préoccupations purement humanitaires. Parmi eux on peut notamment citer l'Association des Dames de France, les associations Goutte de Lait et la Croix Rouge dont nous ne savons pas la date de leur installation respective à Dakar. Il y a aussi l'association Berceau Africain, fondée en 1926, sous l'impulsion de André Hesse, Ministre des Colonies ¹. Leur activité est essentiellement orientée vers la protection maternelle et infantile. Elle se résume à des distributions de lait et à des opérations de sensibilisation au niveau des femmes. Les distributions de lait contribuent à la solution du problème du déficit nutritionnel des nourrissons africains et à l'éradication des maladies qui y trouvent leur source. Le comité de l'Association des Dames de France fait aussi des distributions de vêtements et de vivres pour les mères et les nourrissons. Cette association organisait fréquemment des concours dont celui du "bébé noir" destiné à récompenser par des prix en espèce les mères présentant les plus beaux bébés. En 1941, cette manifestation a concerné 732 enfants entre lesquels il a été répartie une somme de 8 000 F. L'éducation et la sensibilisation des femmes fournissent des renseignements sur les maladies touchant fréquemment les femmes et les enfants. Elles leur permettent par conséquent de prendre les dispositions adéquates dans ce domaine. L'enseignement dispensé aux femmes se réduit à des notions sommaires d'hygiène et de prophylaxie. On leur apprend d'autre part à identifier les signes cliniques des affections juvéniles et les dispositions primaires à prendre avant l'intervention du médecin. Les associations de bienfaisance sont aidées dans leur activité par les missions religieuses.

La présence des religieux à Dakar date de 1846 où une mission catholique fut installée dans la ville. En janvier 1848, 4 religieuses de la Congrégation de l'Immaculée Conception de Castres ouvraient une école et un dispensaire à l'emplacement actuel du boulevard Pinet-Laprade². L'installation des "soeurs de Saint-Joseph de Cluny" doit être contemporaine à celle de la congrégation précitée puisqu'elles ont été les premières infirmières de l'hôpital militaire à son ouverture en 1884 ³. Les religieuses recevaient des subventions de la circonscription de Dakar et dépendances, de la Mairie, de la chambre de commerce et de la Croix Rouge. Elles

¹ ANS : 2G29 - 23 : Dakar et dépendances. Rapport (1929).

² Jean Delcourt (1983 : 26).

³ Id. : 69.

pouvaient aussi compter sur des dons en nature ou en espèce de particuliers. Elles administraient des orphelinats où étaient internés des enfants abandonnés qui sont entretenus, éduqués et instruits. Au cours de leur instruction, les pensionnaires reçoivent une base solide en matière d'hygiène et de prophylaxie. En 1941, l'orphelinat des "Soeurs de Saint-Joseph de Cluny" a hébergé 65 Wolof et 42 Métis ¹. En dehors des orphelinats, les religieuses géraient des dispensaires dans les quartiers de la banlieue dakaroise. Ces centres de soins ne se limitent pas au traitement des affections courantes. Les mères étaient régulièrement rassemblées dans l'enceinte même des dispensaires pour des séances de sensibilisation ou de distribution de nourriture aux tout petits. Par ces contacts, les religieuses réussissent à suivre l'évolution de l'état sanitaire de l'enfant, de la naissance à l'adolescence. Les liens de sympathie pouvant naître entre les mères et les religieuses, avec notamment l'aptitude de ces dernières à parler la langue du pays, facilitaient beaucoup les choses. Dans la série des oeuvres sociales on peut également citer les mouvements de jeunesse qui regroupent des associations scoutistes masculines et féminines, fondées le 1er octobre 1940 en France. Elles formèrent ainsi une sorte de "Fédération des Associations Scoutistes Françaises". Celle-ci comprenait notamment les Scouts de France (SDF) d'obédience catholique, les Eclaireurs de France (EDF) et les Eclaireurs Unionistes (EU), protestants, tous composés de garçons. Il faut y ajouter les organisations féminines telles que la Fédération Française des Eclaireuses (FFE), enfin les Guides de France (GDF), protestantes. Leur tendance chrétienne n'excluait pas l'adhésion de membres d'une autre religion. Dans le cadre de l'AOF, les responsables des différents groupements scouts s'étaient réunis à Dakar le 17 juillet 1941 pour fonder un organe de direction chargé de superviser toutes les fédérations à l'échelle sous-régionale et locale, dénommé "Collège Provincial pour l'AOF" ².

Comme activité, ces organisations effectuaient des sorties, des feux de camps. Leurs membres apportaient également leur concours dans les oeuvres de bienfaisance. Ils servaient comme brancardiers, infirmiers ou agents de liaison dans des occasions nécessitant un personnel médical supplémentaire. Leur utilité s'est surtout manifestée lors du bombardement de Dakar en 1940. Par la formation qu'ils ont pu acquérir au sein de ces mouvements, ils constituaient de précieux agents de diffusion de la médecine européenne au sein des populations africaines. Leurs contacts permanents avec ces dernières facilitaient leur travail de propagande médicale. La nature de ces rapports et l'origine autochtone de certains membres de ces mouvements, en constituant un moyen de dissuasion efficace, permettait d'éviter tout malentendu.

¹ 1H25(26) : Action sociale (1934-1941). Action sociale à Dakar (1941).

² A propos des mouvements de jeunesse voir Ahmed Ali (1986).

Les oeuvres sociales ont enfin été le fait de particuliers. Parmi ceux d'entre eux qui se sont le plus illustrés par leur dévouement à la cause sanitaire, on peut citer Thérèse Nars (1860-1937).

Issue d'un village des Pyrénées, Thérèse Nars est arrivée à Dakar vers la fin du 19^e siècle. Elle avait ouvert un restaurant situé à l'angle des rues Caillé et de Thann, dans le quartier de Kermel ¹. Appelée "Mère Thérèse" par les intimes, son action s'est surtout caractérisée par un total dévouement dans la lutte contre les épidémies de fièvre jaune à Dakar. André Demaison du Journal *l'Etoile de Dakar* témoignait à son endroit : "c'était une sainte laïque qu'aucune infortune ne laissait indifférente. Elle avançait les prix des repas et de la pension. De sa bouche, ne sortaient que des paroles de consolation, de paix, d'encouragement. L'évêque de Dakar n'était pas plus respecté de toute la côte d'Afrique que cette femme" ². L'ampleur de sa lutte dans le domaine de la santé lui a valu la grade d'officier de la légion d'honneur. Pour immortaliser son oeuvre, une statuette inaugurée en 1930 fut érigée en son honneur à l'angle de l'avenue Albert Sarraut et de la rue Parent.

L'impact des oeuvres sociales a été déterminant dans la lutte contre les épidémies. Elles ont permis à la médecine moderne d'atteindre des zones dans lesquelles elle était absente jusqu'alors. D'autre part, les acteurs de ces oeuvres, par l'humanisme dont ils ont fait montre, ont réussi à gagner la confiance des populations africaines.

¹ Jean Delcourt (1983 :94).

² Id.

TROISIÈME PARTIE :

BILAN DÉMOGRAPHIQUE DES MESURES SANITAIRES ET DE LA PRÉVENTION

L'application des mesures sanitaires et des méthodes de prévention a entraîné la mobilisation de moyens matériels et humains considérables. Elle a aussi été un facteur d'extension de la médecine moderne en milieu africain. De ce long contact entre deux civilisations distinctes, peut résulter des transformations d'ordre démographique. C'est l'objet de l'étude de cette troisième partie. Faire le bilan démographique des mesures sanitaires et de la prévention revient donc à faire une analyse des données démographiques pour toute la période de notre étude. On cherche à avoir une idée sur l'impact de la politique sanitaire sur les populations, qu'elles soient européennes ou africaines.

L'analyse démographique s'appuie d'abord sur l'étude de la natalité, de la mortalité et de la mortinatalité. Ces trois éléments se sont en effet révélés comme étant les plus sensibles à toute transformation d'ordre social, si infime soit-elle. Afin de mieux voir la relation entre politique sanitaire et transformations démographiques, l'étude est menée à deux niveaux : au niveau de la population européenne d'abord, de la population autochtone ensuite. L'objectif est de déceler les ressemblances éventuelles et les plus petites divergences dans la situation démographique des deux communautés.

L'étude des mouvements de la population nous amène à analyser l'évolution de la population. Les progrès réalisés dans le processus de lutte contre les affections épidémiques et endémiques semblent avoir un effet sur l'évolution de la mortalité d'une façon générale. A cela, s'ajoute la mise en place d'un important dispositif sanitaire favorisant une amélioration des conditions de vie et un accroissement de la population.

Cependant, l'application de la politique sanitaire a parfois montré des limites. La manière dont elle a été menée et les présupposés idéologiques dont étaient porteurs les agents chargés de cette mission ont parfois provoqué des échecs. Les maladroites, les erreurs et les abus commis sont la principale cause du sentiment de réserve, voire d'hostilité constaté chez la plupart des populations autochtones. Ceci a constitué un frein à l'action sanitaire à Dakar.

Cette partie comprendra trois chapitres : le mouvement naturel de la population, sa croissance, les limites des mesures sanitaires et de la prévention.

CHAPITRE I : LE MOUVEMENT NATUREL DE LA POPULATION

L'étude du mouvement naturel d'une population donnée s'appuie sur la connaissance des taux de natalité et de mortalité générales qui consiste à faire le rapport du nombre des naissances vivantes et celui des décès à l'effectif moyen de la population pendant la même année. La différence entre l'un et l'autre donne le taux d'accroissement naturel, positif ou négatif ¹.

1. La natalité

Les chiffres fournis dans les statistiques montrent une progression régulière du nombre des naissances entre 1900 et 1945. Estimée à 337 unités en 1900, la natalité générale de la ville de Dakar a atteint 505 unités en 1910, 2490 en 1935 et 5441 en 1945. Le rythme de progression le plus important est noté à partir de 1927 où la population africaine enregistre à elle seule 1085 naissances.

La croissance du nombre des naissances a concerné aussi bien la population européenne que la population africaine. C'est ce que montre le tableau ci-dessous.

Figure 13 : Tableau de la natalité européenne et africaine (1900-1940)

Années	1900	1910	1914	1919	1927	1935	1940
Nombre de naissances européennes	11	15	36	40		192	182
Indices	100	136	327	364		1745	1654
Nombre de naissances africaines	326	473	621	793	1085	2298	2989
Indices	100	145	190	243	333	705	916

Sources 1900-1919 : ANS : H22 : l'hygiène à Dakar : 1919-1920. Rapport du Service d'Hygiène (1899-1919).
1927-1940 : ANS : Rapports médicaux périodiques.

Si la lecture du nombre des naissances donne l'impression que la croissance a été plus rapide chez les Africains, celle des indices montre le contraire. En partant de la base 100 pour l'année 1900, les naissances européennes enregistrent le chiffre 136 en 1910 (contre 145 pour les Africains), 327 en 1914 (contre 190), 1745 en 1935 (contre 705). En 1940 on note un triplement de l'indice des nouveau-nés européens par rapport à celle des Africains. Il serait intéressant de voir le taux de natalité respectif des deux communautés pour mieux percevoir leurs différentes phases.

¹ Définition du dictionnaire *encyclopaedia UNIVERSALIS*, corpus 7, Paris, 1990 : 163.

Le tableau ci-dessous montre les taux de natalité enregistrés entre 1905 et 1940. Ils concernent chacune des deux communautés vivant à Dakar :

Figure 14 : Tableau comparatif des taux de natalité (1905-1940)

Années	1905	1910	1912	1914	1918	1935	1940
Taux de natalité européenne ‰	12,66	11,39	3,70	16,35	12,04	18,73	16,19
Indices	100	89	29	129	95	147	127
Taux de natalité africaine ‰	19,98	30,27		32,05	31,42	34,87	31,20
Indices	100	151		160	157	174	156

Sources 1900-1910 : ANS : H22 : L'hygiène à Dakar (1919-1920). Rapport du Service d'Hygiène (1899-1919).
1927-1940 : ANS : Rapports médicaux périodiques.

Pour ce qui concerne la population européenne, l'évolution des taux de natalité entre 1900 et 1940 laisse transparaître de façon générale une tendance vers la hausse. Les périodes de baisse sont situées en 1911, en 1912 et en 1918. Entre 1905 et 1912, ce taux est passé de 12,66 ‰ à 3,70 ‰. Les baisses notées en 1912 et en 1918 sont liées à la situation sanitaire de la ville. Jusqu'en 1912, Dakar fut à plusieurs reprises frappé de fièvre jaune. La population européenne, qui était très vulnérable face aux méfaits de cette affection, payait un lourd tribut à l'occasion de chaque explosion épidémique. Le nombre important des victimes au sein de cette communauté avait poussé les autorités à prendre des mesures de protection contre la maladie. C'est ainsi que chaque année, des opérations de rapatriement vers la France avaient lieu. Ces départs massifs, qui concernaient d'abord les femmes et les enfants, laissaient dans la ville une population essentiellement masculine. Ce qui a comme résultat une baisse immédiate de la natalité. Entre 1914 et 1918, on note une nouvelle réduction du taux de natalité européen. Le taux de natalité qui était de 16,35 ‰ en 1914 passe à 12,04 ‰ en 1918. L'année 1918 fut en effet caractérisée à Dakar par l'apparition d'une terrible épidémie de grippe. Cette épidémie, en occasionnant beaucoup de victimes parmi la population européenne, a grandement contribué à la baisse du taux de natalité précédemment signalée.

Il semble ainsi que la situation sanitaire de la ville a eu une réelle influence sur l'évolution générale de la natalité européenne. Les périodes de hautes fréquences épidémiques sont souvent caractérisées par de fortes baisses du taux de natalité. L'exception observée en 1914 (16,35 ‰ contre 11,39 en 1910) s'explique par le fait que la peste a essentiellement sévi dans les quartiers africains. La protection relative dont jouissait la population européenne face à l'affection pesteuse avait fait que les naissances se sont produites comme en temps normal. Il est intéressant de voir si on note une similitude pour ce qui concerne la population africaine.

Comme pour la population européenne, l'évolution des taux de natalité africaine présente une augmentation dans l'ensemble. Entre 1905 et 1914, le taux de natalité est passé de 19,98 ‰ à 32,05 ‰. Les périodes de baisse observées dans le tableau se situent en 1918 et en 1940 où le taux a été de 31,42 ‰ et de 31,20 ‰ respectivement. La remarque à faire est la quasi-absence de baisse, même en période d'épidémie. Au cours de la grande peste de 1914 à Dakar, on note même une hausse par rapport à 1910. Cela ne veut pas dire que les populations africaines étaient épargnées par l'épidémie. L'explication dépasse le cadre sanitaire. Elle peut résider dans la conception des populations africaines sur la famille. Contrairement à la famille européenne, les ménages africains ont un nombre important d'enfants. Le nombre élevé des naissances vient ainsi compenser les pertes engendrées par les décès.

D'autre part, la ville reçoit chaque année un flux important d'immigrants en provenance des régions de l'intérieur de la colonie ou même des colonies étrangères. Une grande partie d'entre eux, en parvenant à trouver du travail, finit par s'établir à Dakar et à former une famille, s'ajoutant à la population locale.

L'analyse révèle que les problèmes de santé ont un impact sur les mouvements des naissances. Encore faut-il préciser qu'ils ne les expliquent que partiellement. A partir de ce moment, il devient intéressant de voir s'il en est de même avec la mortalité.

2. La mortalité

L'évolution des taux de mortalité laisse apparaître beaucoup de variations. Ces variations sont parfois liées à la situation sanitaire de la ville. D'une manière générale, les périodes de haute épidémicité sont caractérisées par des taux de mortalité élevés. C'est ce que montre le tableau ci-dessous.

Figure 15: Tableau comparatif des taux de mortalité (1905-1940)

Années	1905	1910	1912	1914	1918	1935	1940
Taux de mortalité européenne ‰	20,66	22,79	11,41	23,17	46,20	3,02	11,56
Indices	100	141	117	365	404	63	75
Taux de mortalité africaine ‰	28,26	40,7	36,2	110,4	106,10	19,00	22,09
Indices	100	144	128	390	375	67	78

Source 1905-1918 : ANS - H22 : L'hygiène à Dakar (1919-1920). Rapport du Service d'Hygiène (1899-1919).
1935-1940 : Rapports médicaux périodiques.

Entre 1905 et 1910, le taux de mortalité générale passe de 27,74 ‰ à 39,31 ‰. L'augmentation de la proportion des décès peut s'expliquer par la fréquence des épidémies (dont la fièvre jaune) dans la ville et la modestie des moyens mobilisés contre elles. On note une baisse en 1912, année pendant laquelle le taux de mortalité est descendu jusqu'à 32,68 ‰. De nouvelles hausses sont observées en 1914 et en 1918 avec respectivement 101,51 ‰ et 112,29 ‰. L'importance des taux au cours de ces deux années est le résultat des effets de la peste de 1914 et de la grippe espagnole de 1918. L'épidémie de peste précitée a occasionné 1450 décès à Dakar. Cependant, l'étude de la mortalité dans la ville de Dakar depuis 1915 est très difficile à faire. A partir de cette année, les chiffres des décès enregistrés ne se rapportent plus seulement à l'agglomération dakaroise. Le décompte du nombre de décès prenait en considération les militaires de passage à Dakar, cantonnés dans des camps créés aux abords du chef-lieu pour les circonstances de la guerre mondiale. Cependant, on arrive à se faire une idée sur l'évolution globale de la mortalité entre 1900 et 1918. A partir de 1935, le taux de mortalité générale commence à baisser considérablement. Il est désormais égal à 17,63 ‰. La légère augmentation notée en 1940 (20,98 ‰) ne réduit en rien cette tendance à la baisse. On peut expliquer cette nouvelle situation par les améliorations apportées au traitement des maladies. Au cours des années trente, le service de santé dispose de moyens plus perfectionnés lui permettant de mener une lutte farouche contre les épidémies. A côté du suréquipement des établissements de soins, s'ajoute le développement d'une politique préventive, aussi bien au niveau des populations européennes qu'africaines. Ce qui n'a pas tardé à apparaître sur l'évolution de la mortalité d'une façon générale. Une étude menée pour chaque communauté permet de déceler une inégalité dans le nombre des décès enregistrés au cours des années.

Pour ce qui concerne la population européenne, le schéma demeure à peu près le même que celui de la mortalité générale. Les périodes de hausse concernent les années 1910 (avec 22,79 ‰ contre 20,66 ‰ en 1905) et 1918 (46,20 ‰ contre 23,17 ‰ en 1914). On remarque ainsi une plus grande vulnérabilité des populations européennes face à la grippe espagnole que face à la peste. En 1914, on a noté 36 décès européens. Ce nombre est multiplié par quatre en 1918 avec le chiffre 142. D'une manière générale, la mortalité européenne a surtout concerné la couche la plus jeune de la population. Les affections les plus meurtrières étaient le paludisme et la fièvre jaune. Aussi, les opérations de rapatriement portaient-elles sur les jeunes d'abord. La rigueur adoptée dans l'observation des mesures d'hygiène et l'intensité de la lutte contre les moustiques ont eu comme conséquence un net recul de ces deux maladies. En 1935, la mortalité européenne n'est plus que de 3,02 ‰.

Enfin, les taux de mortalité de la population africaine sont élevés pour la période allant de 1905 à 1918. Le taux le plus important est enregistré en 1914 ; il est égal 110,4 ‰. Cela dénote l'importance de l'impact de la première épidémie de peste sur la population africaine.

Le nombre total des décès africains a été de 2140 pour cette année. La mortalité a été également importante en 1918 puisqu'on note un taux de 106,10 ‰. Les décès africains ont intéressé toutes les composantes de la population. Jusqu'au début des années trente, les causes de décès ont été le paludisme, la fièvre jaune, la peste, mais aussi la méningite cérébro-spinale et la variole. Vers la fin de ces mêmes années, on note plutôt une large prédominance de la tuberculose et des affections digestives dans la proportion des causes de décès. Le tableau ci-dessous fait la répartition par âge des décédés africains et les causes de décès pour la période comprise entre 1932 et 1940 :

Figure 16 : Répartition et causes des décès africains (1932-1940)

Années	Mortalité générale indigène		Décès indigènes par paludisme		Décès par tuberculose	
	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
1932	862	576	8	7	120	3
1933	724	628	4	42	94	4
1934	1780	738	4	26	104	8
1935	889	738	8	115	126	15
1936	829	630	20	33	12	1
1937	938	707	6	80	151	9
1938	926	807	5	106	152	12
1939	1068	1020	5	87	138	5
1940	1163	953	9	106	143	4

Source : 2G40-15. Circonscription de Dakar et dépendances : rapport (1940).

On voit ainsi que les progrès réalisés en matière de lutte contre les épidémies n'ont pas empêché la persistance du paludisme et d'affections comme la tuberculose. Le paludisme attaque les enfants tandis que la tuberculose fait plus de victimes parmi la population adulte.

La mortalité infantile a été également importante jusqu'en 1920¹ sur l'ensemble de la population dakaroise. Cependant, elle a été moins élevée chez les Européens. Là en effet, les enfants restaient peu de temps dans la colonie. Ce qui les protégeait relativement des méfaits des maladies qui sévissaient dans le pays. La situation est autre pour ce qui concerne la population africaine.

C'est parmi les Africains que l'on notait les plus forts taux de mortalité infantile. Sur les 10 556 naissances enregistrées entre 1899 et 1920, 4 528 décédés ont moins de 4 ans ². Cela donne un taux de mortalité égal à 42,8 ‰. Ces décès se sont répartis de la façon suivante :

¹ Source ANS : H22 : L'hygiène à Dakar (1899-1920). Rapport du Service d'Hygiène

² Id.

- dans les 8 premiers jours : 1065
- dans les 3 premiers mois : 712
- de 3 à 6 mois : 284
- de 6 à 11 mois : 763
- dans la deuxième année : 886
- Les 818 décès restant concernent la troisième année de vie.

Le nombre des décès d'enfants demeure encore important entre 1932 et 1940 même si on note parfois des baisses. En 1937, le chiffre de la mortalité infantile a été de 707 (contre 830 en 1936) et 953 en 1940 (contre 1020 en 1939). Le tableau ci-dessous indique le chiffre de la mortalité infantile africaine et les causes de décès pour la période comprise entre 1932 et 1940.

Figure 17 : Chiffres et causes des décès d'enfants africains (1932-1940)

Années	Mortalité Infantile	Débilité Prématuré hérédo-syphilis	Tétanos ombilical	Affections digestives	Affections respiratoires
1932	576	161	64	131	122
1933	628	167	55	87	138
A934	738	186	70	40	103
1935	738	163	45	161	128
1936	830	152	68	117	120
1937	707	168	70	123	70
1938	807	170	81	127	129
1939	1020	170	53	241	241
1940	953	173	70	242	155

Source : ANS : 2G40-15 : Rapport du Service médical (1940).

L'examen du tableau révèle un changement en ce qui concerne les causes de décès d'enfants. La plupart des décès sont maintenant dus au tétanos ombilical, aux affections digestives et respiratoires. L'importance des décès par tétanos ombilical s'explique par les accouchements à domicile pratiqués par des matrones africaines. Le manque de désinfection des instruments utilisés pour couper le cordon ombilical est la principale cause des cas de tétanos observés au niveau des enfants.

Dans ce cadre, l'administration avait songé à former ces matrones africaines afin de limiter la mortalité maternelle et infantile. L'idée de leur formation est développée dans la circulaire du Gouverneur Général en date du 1er juin 1940¹ relative à la lutte contre la mortalité infantile et les maladies endémo-épidémiques. La formation des matrones a pour but

¹ ANS : 1H25 (26). Difficultés de l'accroissement des villes (1934-1944). Instructions du Gouverneur Général Cayla sur la lutte contre la mortalité infantile et les maladies endémo-épidémiques. 1er juin 1940.

d'étendre les méthodes de soins européennes en milieu africain. Elle consiste à apprendre aux matrones la propreté au cours de l'accouchement, le danger des manoeuvres traditionnelles, la prévention du tétanos ombilical et les maladies des yeux, et les soins principaux à donner aux nouveau-nés. Cette formation ne concerne pas toutes les matrones. Une sélection était faite parmi celles qui paraissaient les plus aptes et les moins âgées. La durée de leur stage était fixée à six mois au cours desquels elles percevaient une indemnité de 30 F. L'instruction pratique était assurée par des sages-femmes sous le contrôle de médecins chargés non seulement à ce qu'elle soit correcte du point de vue technique, mais aussi à ce qu'elle soit faite avec toute la patience et la bienveillance nécessaire. Dans le but d'éviter toute résistance de la part des néophytes et d'augmenter la clientèle des maternités, une prime était allouée à chaque matrone pour tout nouveau-né présenté. La prime qui était de 3 F par enfant, tenait compte du bon état sanitaire de l'enfant dont la principale preuve était la parfaite cicatrisation ombilicale. Les nouveau-nés présentés sont vaccinés contre la variole ¹.

Si les connaissances théoriques dispensées aux matrones peuvent contribuer à freiner des maladies endémo-épidémiques dans la proportion des décès, il convient de se demander ce qu'il en est de la mortalité.

3. La mortalité

La mortalité est le rapport entre le nombre des mort-nés et le chiffre total des naissances ². Elle a connu des variations suivant les époques et l'appartenance raciale. Le tableau ci-dessous permet d'avoir un aperçu sur le nombre de mort-nés européens et africains pour la période comprise entre 1900 et 1940 :

Figure 18 : Tableau comparatif de la mortalité européenne et africaine (1900-1940)

Années	1900	1905	1910	1915	1920	1927	1929	1935	1940
Nombre de mort-nés européens	1	3	1	1	0	-	-	-	3
Indices	100	300	100	100	0				300
Nombre de mort-nés africains	60	80	85	123	126	126	104	149	165
Indices	100	133	141	205	210	210	173	248	275

Source 1900-1920 : ANS : H22 : L'hygiène à Dakar (1919-1920). Rapport du Service d'Hygiène (1899-1919).
1927-1940 : Rapports médicaux périodiques.

¹ ANS : 1H25(26) : difficultés de l'accroissement des villes (1934-1944). Instructions du Gouverneur Général Cayla sur la lutte contre la mortalité infantile et les maladies endémo-épidémiques. 1er juin 1940.

²Définition du dictionnaire *Hachette* de la langue française

D'une manière générale, la mortalité européenne a été faible. Comparée à celle de la population africaine, elle est presque insignifiante. Le nombre de mort-nés le plus important est enregistré en 1905 et en 1940. Au cours de ces deux années, on ne note que 3 mort-nés européens. Mieux, en 1920 par exemple, on ne compte aucun cas de mortalité parmi la population européenne. Il existe une étroite relation entre la baisse de la mortalité européenne et l'impact de la politique sanitaire au niveau de cette communauté. D'une manière générale la femme européenne subit régulièrement des consultations au niveau des établissements de soins. Cela a l'avantage d'offrir au médecin la possibilité de suivre attentivement l'évolution de la grossesse et de dépister à temps toute complication pouvant mettre la vie de l'embryon en danger. Ainsi, la plupart des avortements ou des cas de mortalité étaient très souvent accidentels. D'autre part, le suivi strict des prescriptions en matière d'hygiène diminuait les risques de fausses couches. Les performances réalisées au sein de cette communauté pour la protection des femmes enceintes se sont très rapidement illustrées dans l'évolution des taux de mortalité. Mis à part les années 1912 et 1918 où il a été de 76,92 ‰ et 62,21 ‰ respectivement, le taux de mortalité a connu une baisse continue. En 1940, le taux de mortalité n'est plus que de 10,45 ‰ contre 96,77 ‰ en 1905 et 66,66 ‰ en 1910.

Il n'en n'est pas de même pour la population africaine. Là en effet, le nombre des mort-nés connaît une progression au fil des années. Estimé à 60 en 1900, il double en 1915 en atteignant 123. En 1935 on compte 149 mort-nés et 165 en 1940. La seule baisse enregistrée est intervenue en 1929 avec 104 mort-nés (contre 126 en 1927).

Jusqu'en 1915, on note des taux de mortalité élevés. De 184,04 ‰ en 1900, il passe à 204,60 ‰ en 1905, 189,69 ‰ en 1910 et 198,06 en 1915. La principale cause de l'importance de la mortalité parmi les populations africaines est la fréquence avec laquelle la syphilis sévissait au Sénégal d'une manière générale. A partir de 1918, on note une tendance à la baisse qui se poursuivra jusqu'en 1940. Pour cette année, le taux de mortalité descend jusqu'à 61,06 ‰ (contre 151,47 ‰ en 1918). Peut-on imputer cette baisse à une amélioration de la politique sanitaire en direction des futures mères ?

Il semble que le recours à la médecine moderne soit largement partagé au cours des années 1930. Le tableau ci-dessous fournit des renseignements pour l'ensemble du Sénégal entre 1932 et les trois premiers trimestres de 1940 :

Figure 19 : Tableau des consultations prénatales et des accouchements dans l'ensemble du Sénégal (1932-1940)

Années	Consultations Prénatales	Accouchements dans les maternités	Accouchements à domicile
1932		906	?
1933	5 551	1 085	?
1934	5 570	1 134	135
1935	6 621	1 177	471
1936	7 145	1 244	536
1937	6 821	1 437	860
1938	6 475	1 966	976
1939	9 168	2 015	935
1940	8 052	2 038	838

Source : ANS : 2G40-15 : Dakar et dépendances rapport (1940).

Les données fournies dans ce tableau illustrent assez bien les progrès effectués dans la diffusion de la médecine moderne en milieu africain. La supériorité du nombre des accouchements dans les maternités sur ceux effectués à domicile signifie la perte du privilège des matrones autochtones. Elle constitue sans doute un facteur déterminant dans la chute générale de la mortalité surtout pour la période située entre 1930 et 1940.

L'impact des mesures sanitaires et de la prévention sur le mouvement naturel de la population est réel, même si d'autres facteurs interviennent également dans ce domaine. Une fois cette idée admise, l'analyse de l'évolution de la population peut être faite dans le but de voir les relations entre politique sanitaire et variations numériques de la population urbaine.

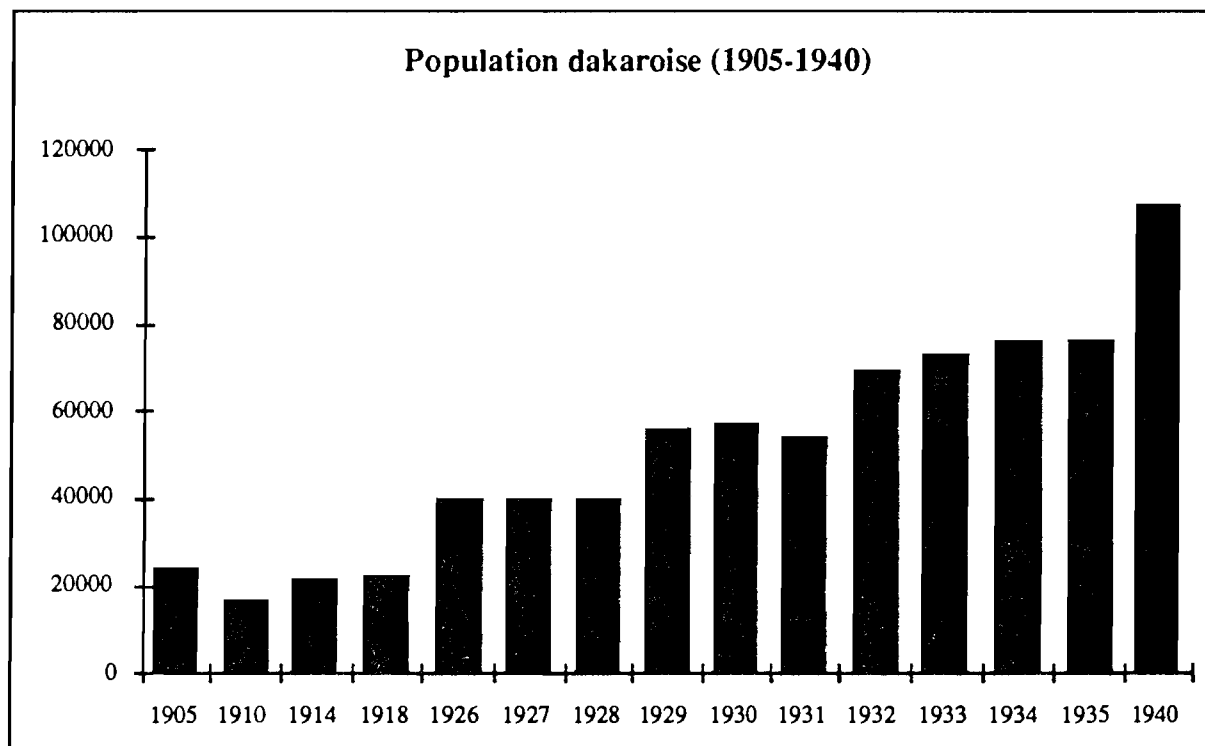
CHAPITRE II : L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION

L'analyse de l'évolution d'une population donnée suppose la prise en considération de plusieurs facteurs dont la situation sanitaire. Les crises sanitaires intervenues peuvent en effet avoir des incidences sur le chiffre global de la population. L'objectif visé dans ce chapitre est de voir si les problèmes de santé ont eu un impact sur les phases d'évolution de la population dakaroise.

1. La population dakaroise

La population de la ville de Dakar s'est accrue régulièrement comme le montre d'ailleurs le graphique ci-dessous. A part 1910 et 1931 où on note respectivement 16939 et 53982 habitants, la progression a été très souvent continue. En 1925, la population urbaine double par rapport à 1905 en atteignant 56000. En 1940, elle s'élève à 107019 habitants.

Figure 20 : Graphique de la population dakaroise (1905-1940)



Sources :

1905-1918 : ANS : H22 : L'hygiène à Dakar (1919-1920). Rapport du Service d'Hygiène (1899-1919).

1926-1935 : ANS : 21G54 (17) : Exodes : 1935. Enquête du Gouverneur Général.

1940 : ANS : 2G40-15 : Circonscription de Dakar et dépendances. Rapport (1940)

Le fait nouveau dans l'examen du tableau de la population urbaine réside dans l'absence de baisse au cours des années épidémiques. On note même des hausses du nombre de la population au cours de ces années. En 1914, Dakar comptait 21 574 habitants contre 16 939 en 1910. La même tendance à la hausse est observée en 1918, année de la grippe espagnole avec 22 411 habitants. Il en est de même pour l'année 1932 où ce chiffre est égal à 69 102 (contre 53 982 en 1931), malgré le retour particulièrement meurtrier de l'infection pesteuse à Dakar. Cela signifie que la croissance de la population urbaine ne s'explique pas seulement par la situation sanitaire. Sa compréhension fait intervenir d'autres facteurs. Le premier est naturel et est lié au rapport entre le nombre des naissances et celui des décès enregistrés à Dakar. L'autre facteur est relatif aux mouvements migratoires particulièrement importants dans la ville.

L'examen du rapport entre le nombre total de naissances et celui des décès permet de fournir quelques éléments de réponse. Le tableau ci-dessous indique des données pour la période comprise entre 1900 et 1945.

Figure 21 : Tableau comparatif des naissances et des décès à Dakar (1900-1945)

Années	Naissances	Décès	Balance naissances-décès
1900	338	506	- 168
1907	479	708	- 229
1910	485	666	- 181
1912	552	685	- 133
1914	672	2 190	- 1 518
1919	841	2 988	- 2 147
1921	1 149	2 562	- 1 413
1936	2 477	1 771	+ 706
1940	2 989	2 246	+ 743
1945	5 441	3 012	+ 2 429

Sources : 1900-1940 : Rapports médicaux périodiques.

1945 : Louis Verrière : La population du Sénégal : Aspects quantitatifs (1965).

Le solde du mouvement naturel a été négatif jusqu'en 1921. Le déficit a été plus marqué en 1914 et en 1919 du fait sans doute des deux épidémies les plus meurtrières de l'histoire de la ville. Depuis 1922, le solde a oscillé autour de zéro jusqu'en 1931¹. Cette dernière année marque le début d'une forte croissance. Si la diminution du nombre des décès par rapport aux naissances peut être un résultat des performances réalisées en matière de politique sanitaire, le problème demeure entier pour ce qui concerne les années où on note un solde négatif. Comment en effet comprendre l'augmentation de la population entre 1900 et 1921 quand on sait que le nombre des décès était de loin supérieur à celui des naissances ? Si

¹ Louis Verrière (1965).

le déficit des naissances a été largement compensé, c'est parce qu'il y a eu un apport en provenance de l'extérieur.

L'immigration a été importante à Dakar. Elle a surtout concerné la population africaine même si on notait beaucoup de migrants européens. Les motifs qui poussent les populations à émigrer vers d'autres horizons sont essentiellement économiques. Le Gouverneur de la Haute-Volta (actuel Burkina Faso) écrivait à ce propos :

“L'indigène est presque obligé de vivre replié sur lui-même : car , en vérité, le pays est si pauvre et a si peu de ressources que beaucoup de ses habitants sont obligés de s'expatrier chaque année pour aller chercher au loin une partie de ce qui leur est nécessaire pour vivre et payer leur impôt”¹.

L'idée émise dans ces propos concerne les populations de la Haute-Volta. Cependant, le phénomène demeure le même pour beaucoup de colonies de l'AOF. Les grandes villes constituent des points de destination privilégiés.

Pour ce qui concerne l'exemple dakarois, l'immigration est favorisée par les possibilités d'embauche offertes par son port et ses entreprises. Le besoin de main-d'oeuvre s'est bien fait sentir pendant les périodes de rapatriements massifs d'employés Français en cours d'épidémies ou pour cause de défense nationale. Les immigrants viennent pour la plupart des cercles du Sénégal, une partie en provenance des colonies de la fédération ouest-africaine, et même des colonies étrangères. Pour ces derniers, la raison économique s'accompagne souvent d'une volonté de fuir l'impôt en profitant du statut de commune de plein exercice de la ville de Dakar. L'importance du nombre des candidats à l'exode vers la ville constitua un facteur considérable de croissance de la population dakaroise.

L'accroissement de la population dakaroise s'explique d'autre part par une quasi-absence d'exode en direction des autres colonies. Les mouvements de population qui avaient lieu vers des territoires comme la Gambie anglaise n'étaient que temporaires. Ils étaient généralement motivés par des raisons familiales. A part les petits déplacements dont il vient d'être fait état, la population autochtone de la ville de Dakar est sédentaire dans son ensemble. En réponse à la circulaire ministérielle prescrivant de déterminer les causes des exodes signalés vers les colonies étrangères et les mesures prises ou envisagées en vue d'y remédier, l'Administrateur de la circonscription de Dakar et dépendances déclarait dans un rapport adressé au Gouverneur Général de l'AOF :

¹ ANS : 21G54 (17) : Exodes : 1935. Enquête du Gouverneur Général. Rapport n° 108 cc/17/7/37 du Gouverneur de la Haute-Volta au Gouverneur de l'AOF.

“La protection démographique sanitaire est assurée gratuitement, et sur une large échelle, l'enseignement est donné partout. Ainsi, rien n'a été négligé pour rendre supportable aux autochtones du Cap-Vert le fardeau de l'Administration. On peut même affirmer, hautement, sans crainte de démenti, que tout a été mis en oeuvre pour améliorer leur sort. D'ailleurs, le fait qu'on ne constate pas d'exodes définitifs est une preuve que l'indigène trouve chez lui un bien-être qu'il n'éprouve pas le besoin d'aller chercher ailleurs”¹.

La protection sanitaire, avec l'existence d'établissements sanitaires importants constitue un autre facteur de développement de l'immigration. Il n'est pas exclu qu'une partie de la population immigrante soit à Dakar pour recevoir des soins qu'elle ne pouvait obtenir chez-elle.

Tout ce qui vient d'être dit fait que la population dakaroise était grandement composée de gens non-originares de la ville. Les avantages relatifs que procurait la vie dans la cité poussaient une grande partie des immigrants à s'établir et à former des familles. D'autres restaient en ville en espérant acquérir suffisamment de ressources pour pouvoir rentrer au village ou au pays. Il se forme ainsi une communauté humaine importante. La forte concentration n'a pas tardé à provoquer des problèmes d'ordre administratif et sanitaire. Aussi l'administration se trouve-t-elle dans l'obligation de prendre un certain nombre de mesures en vue d'y remédier.

2. Immigration et politique sanitaire

L'importance des flux migratoires à Dakar a souvent constitué un réel danger pour la sécurité sanitaire de la ville. L'administration s'est très tôt prononcée sur la question, avant même que le phénomène n'atteigne une grande envergure. Le Gouverneur Général Angoulvant soulignait dans une note de 1916 la relation existant entre l'importance des flux migratoires et le mauvais état sanitaire de la ville de Dakar :

“La ville de Dakar a été trop souvent le théâtre de graves épidémies, choléra, fièvre jaune et peste pulmonaire notamment. Le passage fréquent de pauvres gens expatriés comme indigents du Brésil ou de l'Argentine et généralement d'une propreté douteuse, l'apport de rats par les nombreux navires faisant escale dans le port, l'afflux incessant d'indigènes venus de tous les points de l'ouest-africain, expliquent suffisamment l'introduction de germes pathogènes dont la diffusion est assurée par les insectes propagateurs, anophèles pour le paludisme, stégomyia pour la fièvre jaune, puces pour la peste”².

¹ ANS : 21G54 (17) : Exodes 1935 : Enquêtes du Gouverneur Général. Rapport au Gouverneur Général de l'AOF de l'Administrateur des colonies par intérim, Administrateur de la Circonscription de Dakar et dépendances (15 octobre 1935).

² ANS : H21 : L'hygiène à Dakar (1916-1918). Note confidentielle du Gouverneur Général Angoulvant en date du 21 août 1916.

La population immigrante se divise en deux catégories :

- il y a ceux qui ont réussi à trouver du travail et à s'établir en ville : ils constituent une population relativement facile à contrôler dans le domaine administratif comme médical.

- la deuxième catégorie, communément appelée "population flottante", est uniquement attirée par les "avantages" qu'offre la ville. Elle constitue le plus grand danger pour la protection de la santé publique. Le Directeur de la sûreté générale envoyait une note de tournée à son homologue des Affaires politiques et administratives à propos des menaces du développement incontrôlé des villes de l'AOF. Il s'exprimait en ces termes :

"Cette population flottante, véritable danger par ailleurs, au point de vue hygiène publique, milieu sous-alimenté dans lequel les épidémies trouvent un terrain d'entretien et d'expansion particulièrement riche, doit être l'objet d'une surveillance de tous les instants. Si tant est qu'elle soit susceptible de procurer une main-d'oeuvre auxiliaire et bon marché (dockers, manoeuvres, etc.), nécessité s'impose de la limiter aux seuls travailleurs" ¹.

Plusieurs facteurs permettent de démontrer comment l'agglomération anarchique d'immigrants dans la ville peut porter atteinte à la sécurité sanitaire :

- elle offre un terrain propice à l'éclosion des épidémies du fait de la diversité des provenances ;

- la surveillance sanitaire de la population "flottante" est très difficile. L'absence de pièces d'identité pour la plupart des intéressés vient aggraver le problème ;

- l'entassement des habitants dans des espaces restreints, le déficit hygiénique dans ces lieux et la promiscuité augmentent les risques de contamination en cas d'épidémie ;

- La mobilité de la population "flottante" ne permet pas au service sanitaire d'exercer une surveillance rigoureuse. Elle engendre ainsi des difficultés pour prévenir et enrayer les épidémies.

La gravité de la situation obligea l'administration à réagir. C'est ainsi que des opérations de refoulement des immigrants désœuvrés furent organisées.

Les refoulements sont faits en direction des villages et des colonies avoisinantes. A cet effet, tous les gouverneurs des colonies recevaient un avis du Gouverneur Général les

¹ ANS : 21G49 (17). Développement des villes en AOF : décongestionnement, lutte contre le vagabondage (1934). Note de tournée du Directeur de la sûreté générale à son homologue des affaires politiques et administratives (30 mai 1934).

informant des mesures sanitaires prises. Dans un télégramme du Gouverneur Général Boisson aux gouverneurs des colonies du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Française, on peut lire :

“Mesures sont en cours pour hâter décongestionnement Dakar indigènes chômeurs ou innocupés. Stop. Préparez-vous les accueillir et faciliter retour villages en recasant dans ordre et avec méthode en évitant donner impression coercition. Stop. Ai demandé circonscription Dakar vous aviser départs importants modalités éventuelles acheminement à prévoir. Parallèlement n'accorder autorisation se rendre Dakar sur livret d'identité à sujets ou autochtones que dans cas exceptionnellement motivé et pour séjour courte durée après accord circonscription Dakar. Stop. Resserrez contrôle des voyageurs sur tous itinéraires conduisant Dakar en donnant publicité opportune basée principalement sur raison alimentaire afin de ne pas troubler opinion”¹.

Le transport des refoulés, leur entretien au cours du voyage, tout autre frais pouvant en découler sont pris en charge par le Gouvernement Général. L'autorité sanitaire profite de cette occasion pour étendre son action sur ces populations jusqu'alors incontrôlables. Avant d'être refoulés, les Africains sont soumis à la vaccination et doivent prendre un bain au grésyl. Divers moyens étaient utilisés pour inciter les intéressés à partir dans les plus brefs délais. En 1941, “le climat de menace” engendré par l'état de guerre à Dakar fut employé dans une large mesure². D'autre part, des facilités de transport étaient accordées aux refoulés sur les voies ferrées, compte tenu de leur situation familiale et de leur fortune. Pour en bénéficier, les intéressés devaient déposer une demande au niveau des bureaux du service de police et de sûreté chargé de mener une enquête sommaire pour chaque candidat au départ.

S'il est vrai que la lutte menée contre la population “flottante” de Dakar visait à réduire la fréquence des maladies épidémiques et endémiques, elle a également servi de régler certains problèmes politiques.

Les opérations de refoulement visent à faire de Dakar une cité conçue suivant la pensée du colonisateur. Par l'élimination de cette partie de la population, l'administration espère faire apparaître sa puissance et sa grandeur en AOF, soumettre d'avantage les populations. Dans une note manuscrite du Gouverneur Général en date du 9 juin 1934, on peut lire :

“Le Maure, par exemple, qui rend visite au Gouvernement Général ne peut que se trouver frappé du potentiel de puissance, de richesse, d'efforts de toutes sortes accumulés pour l'érection d'une importante capitale comme celle de la Fédération et, revenu à son campement

¹ ANS : 1H25 (26). Décongestionnement de la ville de Dakar. Télégramme du Gouverneur général du 17 mai 1941.

² ANS Id. : Avis à la population dans la lettre n° 9882 de l'Administrateur de la circonscription de Dakar et dépendances du 7-8-41.

nomade, il ne peut que se livrer à de salutaires réflexions sur l'intérêt qu'il y a à ne point se départir du loyalisme à notre égard, et sur la vanité des menées qui visent à un affranchissement chimérique" 1.

Dans ce cadre, beaucoup de moyens sont employés quand on connaît l'importance de ce facteur dans la politique coloniale d'une façon générale.

D'autre part, ces opérations visaient à lutter contre tous les opposants au régime colonial. La ville se révèle des fois comme un lieu de refuge pour les agitateurs politiques. Ces derniers y trouvent un milieu perméable à leur propagande et des partisans toujours prêts à passer à l'action et à semer le trouble. La même note manuscrite précédente ajoute :

"La rigueur dans la lutte contre les acteurs précités et les craintes qu'ils infligeaient à l'autorité est compréhensible. C'est en effet en ville que l'on trouve les opposants les plus farouches à la politique coloniale. La formation qu'ils ont acquis dans les écoles même coloniales et leur cohabitation journalière avec les Blancs leur procurent une plus grande prise de conscience de la politique coloniale" 2.

Il s'agit en d'autres termes de maintenir les populations dans un état de domination continuelle.

Enfin, les opérations de refoulement avaient une visée d'ordre social. L'oisiveté des populations "flottantes" constitue un risque de faire naître dans la ville un mécontentement populaire. Selon l'autorité, un tel événement peut provoquer des dégâts inestimables, y compris la mise en cause du pouvoir colonial.

L'étude montre que la politique sanitaire peut avoir un impact sur l'évolution démographique. La modestie du chiffre de la population de 1905 à 1918 peut s'expliquer par les crises sanitaires qui ont touché la ville au cours de cette période. Les phases de croissance sont le fait de facteurs comme l'immigration. Il semble également que les mesures sanitaires et la prévention aient eu des effets bénéfiques dans leur ensemble. Cependant, cela n'a pas occulté des limites dans certains domaines.

¹ ANS : 21 G 49 (17). Développement des villes en AOF : décongestionnement, lutte contre le vagabondage (1934). Note manuscrite du Gouverneur Général du 9 juin 1934.

² ANS : 21 G 49 (17) Id.

CHAPITRE III : LES LIMITES DES MESURES SANITAIRES ET DE LA PRÉVENTION

L'étude des mesures sanitaires et de la prévention à Dakar permet de déceler plusieurs limites surtout visibles dans la manière dont la politique sanitaire a été appliquée aux populations. Elle affecte surtout le domaine social où les abus des agents sanitaires et le manque de rigueur dans l'application des mesures édictées constituent de véritables entraves à la réussite de la politique sanitaire. Il s'y ajoutent des pratiques de ségrégation dont était victime la population autochtone.

1. Les abus des agents sanitaires

Des abus ont été commis dans l'application de la politique sanitaire à Dakar. Ils ont d'une part servi de prétexte à la résolution de problèmes purement politiques. D'un autre côté ils ont été le fait individuel d'agents sanitaires chargés de veiller à l'application des mesures édictées.

L'instauration des mesures sanitaires au sein des populations a souvent offert à l'administration l'occasion de régler des problèmes qui, jusqu'alors, restaient sans solution. Depuis l'occupation officielle de Dakar en 1857, les autorités administratives eurent comme préoccupation majeure la détention par les autochtones des terres dont elles avaient besoin pour bâtir la nouvelle cité. Le statut de citoyen français des Lébou mettait l'administration dans un état de désarmement total. La seule possibilité qui s'offrait à elle était l'achat de ces terrains qui nécessitait des fonds considérables. Et l'hypothèse selon laquelle les Lébou accepteraient de vendre demeurait encore incertaine.

L'application des mesures sanitaires servira de prétexte pour résoudre le problème foncier qui constituait une entrave pour le développement harmonieux de la ville de Dakar. Au cours de l'épidémie de peste de 1914, une série d'actes législatifs furent produits par l'autorité administrative. Parmi eux, figure l'arrêté n° 1809 du 24 juillet 1914 édictant des mesures d'hygiène extraordinaires nécessaires à l'assainissement de la ville de Dakar. Dans le cadre de la lutte antipesteuse, la destruction des habitations non conformes aux normes d'hygiène et de salubrité fut décidée. Les propriétaires de maisons visées par la mesure bénéficiaient de nouveaux terrains situés à la Médina qui appartenaient d'ailleurs à des particuliers. L'article 6 du même arrêté stipule :

“Faute de terrains appartenant à l'État, elle (l'administration) pourrait proposer l'utilisation de terrains appartenant à des particuliers qui seront acquis soit à l'amiable, soit par la voie d'expropriations publiques”. Ce fut la deuxième option que l'administration adopta la plupart du temps.

D'un autre côté, l'administration profite de l'application des mesures sanitaires pour aller en guerre contre certaines pratiques considérées comme "barbares" et antihygiéniques. Dans ce cadre, elle agit sans tenir compte des réalités sociales et culturelles des populations africaines. Dans un article intitulé "*l'apparition du Sida et la gestion des épidémies du passé au Sénégal*", Charles Becker écrit :

"Plus qu'en ville, les mesures sanitaires ont été imposées et exécutées par des étrangers ignorant tout, délibérément, des pratiques sociales devant la maladie et la mort. Création de lazaret avec internement forcé, incinération de cases avec tous les biens dont certains sacrés, enterrement des morts sans rites prévus et en l'absence de la famille : tout cela par la main d'étrangers le plus souvent, ce qui n'était pas la manière la plus efficace pour une prévention et une éducation efficaces" ¹.

Ces actes abusifs constatés dans l'exécution des mesures sanitaires accentuaient le sentiment de méfiance des populations africaines. Ils constituent d'autre part un obstacle pour une meilleure pénétration de la politique sanitaire au sein des populations habitant en dehors de la ville.

Jusque là, les abus notés sont relatifs à l'orientation générale de la politique coloniale. On note également des dérapages dont les acteurs sont de simples agents d'hygiène qui agissent de leur propre initiative. Le fait caractéristique dans l'étude des acteurs de ces nouveaux dérapages c'est leur formation relativement faible en matière de science médicale. Dans une lettre adressée au Gouverneur Général, Blaise Diagne dénonce "le bon vouloir brutal d'indigènes assermentés, aussi peu ferrus d'hygiène que ceux qu'ils sont chargés d'éduquer à ce titre" ².

Les autorités ne tardèrent d'ailleurs pas à réagir face à ce semblant de laisser-aller pouvant conduire à des situations particulièrement explosives si on le laisse se perpétuer. Dans le rapport annuel du Service de santé de 1928, le médecin-colonel Sorel mettait en garde contre le danger que constituent les actes abusifs pour la réussite de la politique sanitaire :

"L'hygiène comme la foi a ses néophytes qui, dans leur jeune enthousiasme, sont gens bien dangereux. Convaincre et persuader leur semblent perte de temps ; composer une abdication ; leur rêve consiste à tout abattre d'abord pour constituer ensuite leur idéale cité future suivant leurs théories livresques que leur ingénuité, leur tendance très limitée à la réflexion leur font croire comme définitive.

¹ Becker Charles : (1993 : 78).

² ANS : H55 : Peste à Dakar (1914). Lettre de Blaise Diagne au Gouverneur Général William Ponty (11 août 1914).

Dans la réorganisation sanitaire d'un grand centre, ces apôtres du tout ou rien, semeurs de doute et effrayants d'intransigeance, sont un bien gros obstacle à tout effort utile”¹

L'administration s'est ainsi rendue compte de l'intérêt qui résiderait dans le fait de rompre avec ces pratiques dont les effets causaient beaucoup de tort à la politique sanitaire. Elle a également été consciente de la priorité des actions de proximité vers la population africaine afin de permettre aux mesures sanitaires d'atteindre pleinement la voie qui leur a été tracée. En dépit de toutes ces idées émises, on notait un manque de rigueur notoire dans l'application des mesures sanitaires édictées.

2. Les défaillances dans l'application des mesures sanitaires et de la prévention

La politique sanitaire a montré beaucoup d'insuffisances pour une grande partie de la période étudiée. Il semble que l'administration sanitaire ait procédé à une division de la ville en deux zones distinctes : la première qui est occupée par les populations européennes et assimilées obtient la priorité dans l'oeuvre sanitaire. Dans la deuxième zone, on note une quasi-absence de rigueur dans l'application des mesures sanitaires.

La ségrégation constatée dans l'exécution de la politique sanitaire est donc visible à plusieurs niveaux. En 1916 par exemple, les arrêtés produits à Dakar et qui étaient relatifs à la construction et à la salubrité des maisons intéressaient un domaine relativement restreint. Les limites de leur rayon d'action ont concerné l'espace ainsi défini : la route partant de l'abattoir jusqu'au croisement avec la route de Ouakam (actuelle avenue Blaise Diagne). De là, une ligne sinueuse longeant la Médina va aboutir à la jonction des limites de la ville africaine avec le chemin de fer. De ce point, la ligne suit une droite qui aboutit au point d'amorce nord-est de la jetée² Cette mesure se réduit ainsi à la seule ville européenne. Il en est de même pour les prescriptions relatives à l'observation de mesures individuelles et collectives. Les mesures prises s'adressent le plus souvent à la population européenne qu'aux Africains. L'arrêté n° 212 du 31 janvier 1933 portant réglementation des mesures d'ordre spécial, temporaire et définitif, destinées à prévenir ou à faire cesser les épidémies de typhus amaril en AOF stipule en son article 4 : “les individus de race blanche, ou voisins de race blanche, ne pourront pas circuler dans les régions où des cas suspects auraient été constatés parmi la population indigène”. Le souci premier de l'administration, a ainsi été de prendre toutes les dispositions pour mettre la population européenne dans les meilleures conditions de protection. Le sort des populations africaines ne venait qu'en second lieu. D'ailleurs, l'étude de l'application de la politique sanitaire en milieu africain révèle beaucoup de différences par rapport à la ville européenne.

¹ ANS : 2G28-17 : la circonscription de Dakar et dépendance. Rapport (1928).

² ANS H21 : L'hygiène à Dakar (1916-1918). Rapport du Service d'hygiène (1916).

Dans la zone occupée par les populations africaines, les mesures édictées par l'autorité sanitaire sont exécutées avec une légèreté notoire, tandis que la politique sanitaire est appliquée avec toute la rigueur requise dans la ville européenne. Les peines prévues pour les cas de non-conformité à la réglementation sanitaire en place sont beaucoup moins contraignantes dans ces localités que dans la ville. A titre d'exemple, l'amende pour larves de moustiques est fixée à une somme variant entre 15 et 20 F pour les populations autochtones. Elle peut s'élever jusqu'à 50 ou 100 F lorsqu'il s'agit de personnes de race européenne ou d'assimilés ¹. Un tel acte a eu comme conséquence la disparition des problèmes liés à la salubrité au niveau de la ville européenne et leur survivance dans les zones habitées par les africains. Il semble même que l'administration soit une actrice principale dans l'aggravation du phénomène. Elle a en effet maintes fois encouragé le transport des habitations antihygiéniques de la ville à la Médina créée pour les causes de la lutte antipesteuse. Dans la lettre n° 386 adressée au chef du service des affaires civiles, l'inspection des domaines Hugues écrivait :

“Les habitants de Dakar, (quels qu'ils soient) qui se trouveraient sans abri du fait de l'application des mesures sanitaires qui précèdent, seraient recueillis à Médina, centre approprié pour les recevoir et où ils pourraient vivre selon leurs habitudes, sans être astreints à toutes les conditions d'hygiène et de prophylaxie qui doivent être exigées dans la ville de Dakar” ².

L'allègement des conditions d'hygiène et de prophylaxie dans la ville africaine entre dans le cadre de l'idée précédemment émise. Il constitue également un véritable frein au développement de la médecine européenne dans les milieux africains. Cela confirme l'idée de l'usage de la ségrégation pour éloigner la communauté africaine de la zone européenne.

3. Les pratiques de ségrégation

On a souvent reproché à l'administration de pratiquer la ségrégation dans l'application des mesures sanitaires. Pour ce qui concerne la ville de Dakar, l'évocation du mot “ségrégation” fait penser, pour beaucoup, à la Médina et aux circonstances qui ont présidé à sa création. La question de la ségrégation a été posée par Blaise Diagne dans la lettre du 11 août 1914, adressée au Gouverneur Général, lors de la première épidémie de peste qu'a connue la ville. En reconnaissant la nécessité des mesures sanitaires dont étaient victimes les populations africaines, Diagne s'insurgea contre toute idée de ségrégation en leur endroit.

¹ H20 : L'hygiène à Dakar (1912-1915). Notice des affaires jugées par le tribunal de simple police de Dakar. Mois de juillet 1915.

² ANS : H21 : L'hygiène à Dakar (1916-1918). Lettre de Mr. Hugues au chef de service des affaires civiles 2/12/1916.

Du côté des autorités administratives, la question est vue sous un autre angle. La création de la ville africaine de Médina obéirait à des préoccupations purement sanitaires. Le Gouverneur Général s'explique longuement dans son rapport du 8 octobre 1917 adressé au Ministre des colonies :

“Il ne s'agit pas ici de créer des catégories de personnes ni de faire de Dakar la ville interdite où ne pourraient résider que les individus jouissant d'un certain statut ; l'oeuvre accomplie est purement une oeuvre d'hygiène ; en face de la nécessité créée par l'intérêt de la santé publique, les habitants de la ville de Dakar doivent être astreints à l'observance de certaines règles touchant leurs personnes ou leurs habitations ; doivent seuls être autorisés à résider dans la ville ceux qui, quel que soit leur statut et à quelque race qu'ils appartiennent, se soumettent à ces règles ; quant à ceux qui ne veulent ou qui ne peuvent s'y astreindre [...] ; ils sont libres de s'installer ailleurs ; c'est pour eux qu'a été créé le village de la Médina où les règlements sanitaires, pour n'être pas inexistantes, seront néanmoins appliqués avec moins de rigueur et plus de scrupule”¹.

Les propos du Gouverneur Général ont engendré deux observations qui tendent plutôt à confirmer l'idée de la véracité de la ségrégation. La première est relative aux conditions pour lesquelles un propriétaire est reconnu comme devant regagner la nouvelle ville. La seconde observation concerne les conditions de vie des déguerpis à la Médina.

Dans le rapport précédent, le Gouverneur Général affirme l'applicabilité de la réglementation concernant les habitations à toutes les composantes de la population urbaine, “quel que soit leur statut et à quelque race qu'ils appartiennent”. La réalité a démontré le contraire. L'occupation de terrains à la Médina fut interdite à toute personne de race européenne et aux Syriens et Marocains. Ce qui renvoie à l'idée selon laquelle, la nouvelle ville africaine a été créée pour les populations africaines seules. A partir de ce moment, la ségrégation devient clairement définie.

D'autre part, il suffit d'observer les conditions de vie des nouveaux déguerpis de la Médina pour comprendre les vrais motifs de sa création. Les conditions dans lesquelles le déménagement se fait de la ville européenne à la Médina s'accompagnent de beaucoup de lacunes du point de vue du contrôle sanitaire. Pour s'installer dans le nouveau terrain qui lui a été attribué à la ville africaine, le déguerpi emploie des ouvriers dont la plupart n'étaient pas soumis à la vaccination, ce qui multipliait les risques de contamination. En outre, les matériaux utilisés pour la construction des édifices sont les mêmes que ceux initialement implantés dans la ville européenne. Leur désinfection était insuffisante si elle était pratiquée.

¹ ANS : H21 : L'hygiène à Dakar (1916-1918). Rapport du Gouverneur Général au Ministre des colonies (8/10/1917).

Il y a ainsi un transfert des agents de maladies dans la nouvelle ville dont la création répondait pourtant à des préoccupations hygiéniques.

Enfin, le site choisi pour l'installation de la Médina présentait beaucoup d'insuffisances du point de vue hygiénique. La ville est construite sur un terrain sans nivellement. L'imperméabilité du sol fait d'elle une ville lacustre, notamment pendant la saison des pluies. L'absence d'égouts participe à l'aggravation du problème. Malgré l'instauration de casiers en damiers faisant apparaître des rues dans toute l'étendue de la Médina, les populations africaines tendent à reproduire leur ancien mode de vie. Les maisons sont installées sans aucune observation de la réglementation urbanistique. Cette situation d'anarchie provoque l'entassement et la promiscuité.

L'administration reste sans réaction face à cette situation. Son inertie peut être une attitude délibérée, destinée à pousser les Africains habitant encore la ville européenne à rejoindre ceux qui se sont déjà installés, l'absence de contrainte faisant office de stimulant.

Les pratiques de ségrégation ont constitué dans une large mesure un frein à l'expansion de la politique sanitaire à Dakar. Les dérapages et les incohérences qui les ont accompagnés ont eu comme conséquence l'intensification du sentiment de réserve des populations autochtones particulièrement touchées. Cela a entraîné la mise en cause de l'oeuvre sanitaire dans sa globalité, y compris ce qu'elle avait de positif. Ainsi la politique sanitaire n'a pas atteint tous les résultats escomptés dans ce milieu où elle aurait pu atteindre de réels succès.

CONCLUSION

Cette étude globale des épidémies qui ont touché la ville de Dakar entre 1900 et 1945 a accordé une place privilégiée aux mesures sanitaires et à la prévention. L'objectif était de mesurer l'impact de la politique sanitaire sur la population urbaine.

Dans la première partie, nous avons présenté les acteurs sociaux et les structures grâce auxquels l'administration coloniale a pu mettre en œuvre une politique sanitaire au Sénégal. La manière dont cette politique était organisée offrait aux autorités de la ville les conditions d'assurer l'application des mesures édictées, depuis les services de l'administration supérieure jusqu'aux populations. La grande réussite des autorités sanitaires a été de doter la ville de structures qui lui ont permis de disposer de moyens pour veiller à l'observation rigoureuse de la réglementation en vigueur au sein des populations. Une telle organisation démontrait l'importance que la France accordait à la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques qui occasionnaient un nombre impressionnant de victimes parmi les Européens, notamment au début du 20^e siècle. Ce qui a le plus attiré notre attention, a été la capacité de l'administration à mobiliser toutes les composantes de la population pouvant lui apporter un soutien quelconque par leur influence sur les habitants de la ville, dans le but de les amener à participer à la recherche d'un remède au problème que constituait le mauvais état sanitaire. Le rôle joué par les chefs coutumiers autochtones dans ce domaine a été très important. Ils ont été les précieux auxiliaires de l'administration en étant, selon l'expression de De la Vignette, "les rouages entre l'autorité coloniale et la population" ¹. La chefferie religieuse était également associée à la campagne visant à faire accepter aux populations africaines la médecine moderne. Le succès a été grand comme le montre l'abondante correspondance du Gouverneur Général Ponty avec des chefs religieux comme Cheikh Sidiya Baba de Saint Louis en 1914, Seydou Nourou Tall et El Hadji Malick Sy en 1919 pour lutter contre l'hostilité des habitants de Dakar face aux mesures antipesteuses ². Dans cette même lancée, l'administration utilisa le Coran, essayant de convaincre cette population en grande majorité musulmane. Les autorités de la ville citaient un livre intitulé *Hounouzi Sihati* (trésors de la santé) dans lequel on peut lire : "En cas d'épidémie, les ordres du Gouvernant se rapportant aux mesures prophylactiques sont d'une importance exceptionnelle ; car il craint l'expansion de la maladie sur ses sujets, parce qu'il doit prévenir tout ce qui leur fait du mal, de même qu'il doit rechercher tout ce qui leur fait du bien. Chacun de vous est un Pasteur et aura à rendre compte de son troupeau. Et comme corollaire, les sujets doivent obéissance à leurs

¹ Cité par Pierre Guillaume (1974 : 150).

² ANS : H57 : Peste à Dakar et au Sénégal (1919-1920). Correspondances avec le Gouverneur Général.

gouvernants, surtout lorsqu'il s'agit de les guider dans la voie du bien et de leur faire éviter le mal. Le Coran dit : Obéissez à Dieu, obéissez à son Prophète et à ceux qui sont chargés de vos affaires (gouvernants)" 1. L'administration semble ainsi investie d'une mission reçue de Dieu, et consistant à protéger les populations locales des méfaits des épidémies. La réalité a montré que l'action coloniale n'a pas toujours été motivée par le souci de protéger les populations africaines. Les efforts entrepris dans le domaine médicale "ont eu comme premier objectif de réduire la morbidité et la mortalité des Européens dans une Afrique mortifère, considérée comme le "tombeau de l'homme blanc"" 2. Dans le but d'éviter la contamination pouvant provenir des nombreux contacts entre les deux communautés, l'administration mit en oeuvre des mesures prophylactiques.

La deuxième partie de ce travail a traité l'évolution de la politique préventive à Dakar et les méthodes utilisées par l'autorité sanitaire. L'ampleur de l'énergie déployée pour la bonne observation des mesures d'hygiène est à la mesure de la priorité que l'autorité médicale accorde à la prévention en tant que moyen de lutte anti-épidémique. L'orientation de la politique sanitaire vers les quartiers occupés par les populations africaines qui, dans leur grande majorité, faisaient recours à la thérapeutique traditionnelle, poussait beaucoup d'agents d'hygiène à commettre des abus provoqués par leur zèle excessif dans l'application des mesures édictées ou par les présupposés idéologiques qui ont entouré les relations entre colonisateurs et colonisés. La tendance de l'administration à utiliser les moyens répressifs plutôt que la persuasion a constitué un facteur limitant à l'extension de la politique sanitaire dans les villages où le sentiment de réserve était particulièrement vif chez les populations. Un effort de l'administration dans la campagne de persuasion pourrait faciliter la communication avec les habitants des quartiers à qui était destinée la plus grande partie des prescriptions d'hygiène. Un rapport du Service d'Hygiène daté de 1919 recommandait à ce propos :

"Avant que l'assistance à domicile, et partant le dépistage des maladies contagieuses ne devienne effective, à Dakar, il faudra que le praticien s'impose à la population et capte sa confiance par son dévouement, par son tact et par une persévérance dont la connaissance parfaite de la langue du pays doublera la valeur" 3.

Dans la troisième partie enfin, nous avons essayé de montrer l'impact des mesures sanitaires et de la prévention sur les populations de la ville. L'étude de cette partie a permis de noter une amélioration générale de l'état sanitaire de la population, européenne comme africaine, dont le nombre s'est considérablement accru. Les flux de migrants en provenance des cercles du Sénégal ou des colonies étrangères n'infirmant pas la corrélation positive entre la croissance démographique et la politique sanitaire. L'étude du taux d'accroissement naturel

1 ANS : Id.

2 Charles Becker (1993 : 3).

3 ANS : H22 : L'hygiène à Dakar (1919-1920). Rapport du Service d'Hygiène (1899-1919).

a permis de noter une prédominance très nette du nombre des naissances sur celui des décès, même en période épidémique. Cependant, cette amélioration a été beaucoup plus visible chez les Européens que chez les Africains. Doit-on l'expliquer par le fait que les premiers ont été plus réceptifs aux recommandations en matière d'hygiène ? On peut le penser puisque le plus grand nombre des victimes occasionnées lors de ces épidémies était souvent enregistré parmi la population africaine. On peut également expliquer cette différence par la légèreté relative avec laquelle les mesures sanitaires étaient appliquées dans les zones éloignées de la ville européenne, contrairement au but officiel de la politique de santé qui était de combattre les causes de maladie dans toute l'étendue du territoire urbain.

La question qu'il convient de se poser à l'issue de cette étude consiste à savoir si l'administration coloniale a réussi à vaincre les épidémies par la mise en oeuvre d'une politique sanitaire. La première remarque à faire est que les moyens utilisés pour entraver la progression des maladies ont été modestes jusqu'aux années 1920 où des changements profonds furent opérés. La nouvelle politique coloniale initiée par Albert Sarraut en 1921 se résume par la nécessité de mobiliser des moyens importants pour constituer une main-d'oeuvre apte à produire dans les meilleures conditions ¹. Dans une circulaire ministérielle de 1924, Sarraut donnait le coup d'envoi de la mise en oeuvre d'une politique démographique dont il confirmait les principes directeurs par les termes suivants :

“Il faut développer les races indigènes en quantité et en qualité. L'assistance médicale individuelle curative doit céder le pas à la médecine préventive et sociale, seule capable d'enrayer le développement des endémo-épidémies et d'assurer le développement des populations” ².

La réalisation d'un projet d'une telle ampleur a nécessité une augmentation remarquable des moyens financiers alloués au service de santé. Dans la circonscription de Dakar et dépendances, la partie du budget destinée à la santé est passée de 1 900 000 F en 1925 à 10 806 275 F en 1936 et 18 361 700 F en 1940 ³.

Mais la phase décisive de la nouvelle politique s'est faite vers 1945 où “une volonté nette est affirmée, basée sur des conceptions nouvelles de protection avec l'ère de la prévoyance sociale inaugurée par l'Organisation Mondiale de la Santé et impliquant obligatoirement la convergence de tous les efforts vers l'éradication de telle ou telle maladie” ⁴.

¹ Albert Sarraut (1923).

² Rapport sur l'oeuvre sanitaire de la France en AOF. Cité par Catherine Coquery-Vidrovitch (1979 : 57).

³ ANS : Po II : Budgets annuels de la circonscription de Dakar et dépendances.

⁴ Moustapha Sène (1990 : 134).

Au cours de la première décennie après les indépendances, les dépenses consacrées à la santé restaient encore importantes dans les Etats nouvellement créés. La crise économique qui sévit à l'échelle mondiale depuis la deuxième moitié des années 1970 constitue sans doute un facteur majeur expliquant la diminution relative des dépenses affectées au secteur de la santé dans des pays comme le Sénégal qui, faute de moyens, ne peuvent plus mener des actions de grande envergure comme l'éducation sanitaire et les soins à donner aux populations. Dans ce pays, beaucoup d'efforts restent à faire dans le domaine de la santé. Le taux de couverture médicale n'est que de 1 médecin pour 15 000 habitants ¹. Aussi n'est-il pas étonnant de voir ressurgir de nos jours des maladies comme le paludisme que beaucoup considéraient comme définitivement vaincu. Cette affection touche particulièrement les enfants en provoquant 2 décès chaque minute, soit beaucoup plus que le Sida. Cela a fait dire au directeur général de l'OMS qu'«à l'échelle mondiale la situation sur le front du paludisme est grave et elle empire» ². La gravité de la situation a engendré beaucoup d'interrogations. Dans ce cadre, Phyllida Brown déclarait :

“Comment se fait-il que le paludisme, naguère éliminé ou relativement bien maîtrisé pour 90 % de la population mondiale menace aujourd'hui 40 % d'entre nous ?” ³.

Voilà une question bien pertinente pour rappeler à nos gouvernants l'imminence d'accorder aux politiques de santé une importance aussi grande qu'au cours de la colonisation.

¹ Hassane Touré (1994 : 1).

² Propos cités dans la brochure *Réveillez-vous*, novembre 1992.

³ *Id.*

ANNEXES

ANNEXE 1 : RECUEIL DE QUELQUES TÉMOIGNAGES ORAUX

Tableau des personnes interrogées

Prénom (s) nom (s)	Année de naissance	Dernière profession	Date et lieu de l'entretien
Abdoulaye Diakhaté	1914	Agent du S.H.(1945-1975)	24/08/94 à Grand-Dakar
El Hadji Tafsir Faye	1932	Chauffeur	03/08/94 à la Gueule Tapée
Abdoulaye Mbengue	1911		03/08/94 à la Gueule Tapée
Arona Ndoye	1914	Plombier	03/08/94 à la Gueule Tapée
Dieng Samb	1904	Ajusteur radio, Mécanicien, Electricien	04/08/94 à Yakhadieuf
Pape Samb	1943	Enseignant arabe	03/08/94 à la Gueule Tapée

Parmi les personnes interrogées, nous avons choisi de ne transcrire que les témoignages de Abdoulaye Diakhaté, agent du Service d'Hygiène et ceux de Dieng Samb, membre de la communauté lébou, notre souci étant de présenter le plus fidèlement possible la position des deux principales parties (administration et populations africaines) face à la question sanitaire. Ce qui ne réduit en rien l'importance des autres témoignages recueillis.

Entretien avec Dieng Samb

Question : Vous souvenez-vous encore de quelques épidémies qui se sont déclarées à Dakar ?

Réponse : Il y avait une maladie qu'on appelait "Ndiambal". Pour la soigner, les anciens prélevaient du pus sur le bouton d'un malade et l'inoculaient aux sujets non encore atteints à l'aide d'une épine. La dernière opération date de 1904. Je ne l'ai pas subie parce je n'étais pas encore né à l'époque. Il y avait aussi des épidémies de rougeole. Nos mères connaissaient comment la soigner. Quant à la peste, elle a fait sa première apparition en 1914. Ici on parlait d'abord de la peste des moutons et des boeufs. C'est seulement par la suite que les hommes commencèrent à mourir de peste. Au cours de cette épidémie (1914-1915), le quartier de Santhiaba fut transféré à la Médina.

La peste sévissait aussi à Yoff et à Ouakam. Ces villages furent mis en quarantaine. Par leur isolement, l'administration voulait éviter leur communication avec le reste de la ville de Dakar. La circulation des hommes entre ces villages et la ville était formellement interdite.

Des vaccinations contre la peste étaient effectuées à Yoff par les autorités sanitaires. Parmi les vaccinés, certains mouraient alors que des sujets non vaccinés restaient indemnes. Pour rendre leur travail plus aisé, les Blancs vaccinateurs s'accompagnaient d'un agent autochtone, Gorgui Daour Guèye, qui habitait le quartier de Mboth. On pratiquait également des vaccinations au niveau de la Marine, notamment en 1927.

Question : Quelles précautions preniez-vous en cas d'épidémie ?

Réponse : Vous savez, les épidémies viennent par la volonté de Dieu. Aussi, pour nous protéger des maladies, nous faisons des prières. Nos parents étaient tous des érudits. Mon grand-père dirigeait une école coranique. Tout est contenu dans le Coran. Les talismans que nous portions ne pouvaient rien par le seul génie de l'homme. Seule la toute puissance de Dieu pouvait arrêter les maladies.

A côté des prières, on utilisait des racines. On recommandait par exemple à celui qui avait de la colique de mâcher le "Bentegné".

Question : Est-ce qu'il y avait parmi vous des gens qui s'occupaient du traitement des maladies ?

Réponse : Bien sûr ! Pendant l'épidémie de peste de 1914, il y avait un vieux nommé Gorgui Mbaye Diol qui extrayait les ganglions que les malades avaient au niveau du cou, de l'aîne ou des aisselles. D'autres appliquaient sur ces ganglions une substance qu'ils composaient eux-mêmes. Grâce à cette substance, les ganglions s'amollissent et se percent.

Question : Avez-vous eu un cas de ces maladies dans votre maison ?

Réponse : En 1927, ma soeur Coura Samb fut atteinte de peste et mourut. Je lui rendais visite pendant toute la période de sa maladie et même le jour de sa mort. Quelque temps après, je remarquais que j'avais un enfllement douloureux au niveau de l'aisselle. C'était quand j'accomplissais mon service militaire. Je ne pouvais même pas lever le bras. Le médecin me dit que je risquais la radiation pour cause d'incapacité. Sur ses conseils, on m'appliqua un pansement humide sur la partie malade. L'abcès finit par éclater. J'étais si maigre que j'étais devenu méconnaissable. Cette période se singularise par la fréquence des "mauvaises maladies" et tous ceux qui se faisaient soigner à l'hôpital mouraient.

Question : Isolait-on un membre de la famille malade pour éviter la contagion ?

Réponse : Non ! Je vous ai dit que les maladies viennent par la volonté de Dieu. Par conséquent, nous ne fuyions pas les malades.

Question : L'existence d'un cas de maladie grave dans une maison ne gâchait-elle pas les rapports avec le voisinage ?

Réponse : Non ! Seule la mort nous séparait. Et même en cas de décès, la communauté restait solidaire. Le défunt était conduit à sa dernière demeure par la communauté toute entière. Ceux qui souffraient de maladies graves étaient internés au lazaret.

Question : Comment se passait le séjour au lazaret ?

Réponse : Le lazaret était un lieu où on maintenait les malades et suspects. L'internement durait huit jours. A l'expiration de ce délai, les personnes saines étaient autorisées à rentrer chez-elles. On prenait la température des internés et on leur faisait subir une visite médicale rapide. Au début, le lazaret se trouvait à la rue Grasland. C'est bien plus tard que celui de Front de Terre fut construit. J'ai séjourné dans chacun d'eux. En ces périodes, on qualifiait de peste toutes les maladies qui provoquaient une mortalité importante. C'était une stratégie de l'administration pour chasser les Africains de la ville européenne. On est ainsi arrivé à brûler les baraques des populations autochtones. Le quartier de Mboth fut déplacé. En 1934, le quartier de Fass dénommé encore Fass Goux (du nom du Maire de l'époque Alfred Goux) fut créé.

Question : Pourquoi voulait-on expulser les Africains de la ville ?

Réponse : L'administration déclarait sa volonté de construire sur l'espace situé entre l'avenue El Hadji Malick Sy et la rue Grasland. L'objectif était d'instituer une ville européenne et une ville africaine. La peste fut un prétexte pour la réalisation du projet. Cette volonté systématique de refouler les Africains ne prit fin qu'en 1939, avec le début de la deuxième guerre mondiale.

Question : Vous arrivait-il parfois de refuser ?

Réponse : Mais c'est parce que nous avions refusé que nous sommes toujours restés ici ¹.

¹ Notre interlocuteur habite le quartier de Yakhadieuf situé à la rue Fleurus X Abdul Karim Bourgi.

Question : Comment les médecins européens traitaient les malades africains ?

Réponse : Ils évitaient d'avoir des contacts directs avec les malades. Dans ce cadre, ils les conduisaient au lazaret. Il n'y avait pas d'autre chose à faire. Là, ils nous donnaient de la théraquinine qui, d'ailleurs, faisait parfois défaut. Ils prenaient nos températures et nous administraient des piqûres. Leur compétence s'arrêtait là. Il n'y avait pas encore de comprimés comme aujourd'hui.

Question : Y avait-il des campagnes de sensibilisation en direction de la population autochtone ?

Réponse : Non, puisque les contacts étaient presque inexistantes.

Question : Comment se déroulaient les séances de vaccination ?

Réponse : Les agents vaccinateurs venaient d'abord dans le quartier pour donner des informations sur la gravité de la maladie en cause et l'importance de la vaccination pour la combattre. Ils déclaraient ainsi leur volonté de procéder à des vaccinations en vue de protéger la population. Les Blancs ne faisaient rien dans ce domaine sans prévenir les notables au préalable.

Question : Les vaccinations se faisaient donc toujours dans les quartiers ?

Réponse : Cela dépendait des circonstances. En temps normal, nous partions voir le médecin pour nous faire soigner. Mais en période épidémique, le médecin venait nous traiter sur place puisque les locaux des établissements de soins devenaient exigus pour nous accueillir tous.

L'Institut Pasteur accueillait aussi des enfants à vacciner. Beaucoup d'entre eux ont pu ainsi bénéficier de ce mode de traitement. La médecine occidentale n'était pas très développée. Il arrivait que les anciens acceptent les consignes médicales des Blancs. Mais il arrivait aussi qu'ils les rejettent quand ils les jugeaient inefficaces.

Question : Comment jugez-vous l'action médicale des religieuses ?

Réponse : Il est vrai qu'elles ont beaucoup œuvré sur le plan médical. Mais leur souci majeur a été d'amener les gens à embrasser la religion chrétienne. Elles soignaient gratuitement. Mais on avait remarqué que ceux qui avaient recours à leurs soins embrassaient très souvent leur religion. La plupart des Africains, considérant que leur action médicale n'était qu'une ruse pour les orienter vers le christianisme, décidèrent de ne plus faire appel à elles.

Mais le principal problème était qu'elles détenaient tous les médicaments disponibles qu'elles recevaient périodiquement de la Croix-Rouge. Ainsi, elles avaient toujours des médicaments en quantité suffisante alors que même l'hôpital souffrait des fois de pénurie.

Question : Qui s'occupait de la santé des femmes et des enfants avant les religieuses ?

Réponse : Nos mères soignaient elles-mêmes leurs filles en couches. En ce moment là, les maternités n'étaient pas nombreuses comme actuellement. Il existait des matrones qui veillaient sur les femmes enceintes. Au moment de l'accouchement, elles lavaient le bébé et coupaient le cordon ombilical.

Par la suite, l'administration a songé à former des sages-femmes autochtones. Après une formation plus ou moins courte, on les dotait d'une boîte qui contenait quelques instruments de travail. A partir de ce moment, on les considérait comme aptes à assister leurs patientes sans risque. Je dois dire que tout cela n'avait qu'un seul but : mettre un terme à l'activité des accoucheuses africaines.

Les maladies infantiles étaient également traitées avec des méthodes traditionnelles. On utilisait par exemple du persil mis dans de l'eau bouillante pour traiter la rougeole. La thérapeutique traditionnelle n'a été abandonnée qu'avec la venue des médecins européens.

Question : Est-ce que la médecine européenne a entraîné une amélioration de l'état sanitaire des populations ?

Réponse : Bien sûr. En ce moment-là, les médecins donnaient des médicaments pour guérir les malades. Actuellement, les médicaments tendent plutôt à calmer. C'est dans un souci purement commercial. Si on avait encore accès à ces médicaments, les pharmaciens auraient un maigre bénéfice. Il n'y aurait pas tellement de malades.

Question : D'où tiriez-vous l'eau que vous buviez ?

Réponse : Avant la mise en place des robinets, on creusait des puits. Il y avait des puits derrière le village. Ils appartenait à tous. Les maisons où il y avait un puits étaient d'anciens champs. On approfondissait alors le puits avant de l'exploiter. Pendant la saison des pluies, on buvait l'eau des mares. Elles étaient abondantes à Dakar notamment au niveau de Reubeuss. Avec cette eau, on faisait aussi la lessive et l'arrosage des champs pendant la saison sèche. Les mares existaient aussi à l'emplacement actuel de la Prestation Familiale. Les caïmans y vivaient en abondance.

Question : Quelles précautions preniez-vous avant de boire cette eau ?

Réponse : Vous savez, toute eau qui vient de la terre est bonne à boire. Pour améliorer la qualité de l'eau, on utilisait les feuilles d'un arbre appelé "taf". On disait qu'elles étaient bonnes contre la toux. Nous étions loin d'être imprudents.

Question : Est-ce que les Blancs avaient, eux-aussi, des moyens pour améliorer la qualité de l'eau ?

Réponse : Les Blancs étaient plus soucieux de vendre leur eau qui contenait d'ailleurs des choses que nous ne connaissions pas. Aussi y mettaient-ils de l'eau de javel. Il arrivait qu'ils nous interdisent de boire l'eau du puits sous prétexte qu'elle contenait des impuretés comme le "nelawane"¹.

Question : De quoi était composée votre alimentation ?

Réponse : Nous mangions essentiellement du mil. On y mettait du poisson, du pain de singe... Les enfants et les adultes se nourrissaient des mêmes aliments. Aussitôt après le sevrage, l'enfant mangeait du mil. Le riz n'a aucune vitamine.

Question : Pourtant il y a des aliments qu'on interdisait aux enfants. Les oeufs par exemple...

Réponse : On disait que les oeufs retardaient la capacité de l'enfant pour parler. Mais ils n'étaient pas mauvais en soi. Par cet interdit, on voulait seulement que l'enfant parle vite et commence à apprendre.

Question : Que pensez-vous de la médecine occidentale d'une façon générale ?

Réponse : La médecine occidentale est bonne. L'Européen a beaucoup de dévouement pour le malade. Je peux même dire que dans le domaine médical, ils sont plus conscients que les Africains. La médecine de l'homme blanc est supérieure à la nôtre car le Noir n'a aucune conscience professionnelle. Il est souvent mû par des buts lucratifs alors que le Blanc soigne pour une préoccupation purement humanitaire. Il y a enfin le fait que les Blancs essayent tout pour soigner leurs malades alors que le Noir se décourage rapidement et déclare certaines maladies incurables.

¹mot Wolof désignant la maladie du sommeil.

Entretien avec Abdoulaye Diakhaté

Question : Comment avez-vous pris connaissance des épidémies qui touchaient parfois Dakar ?

Réponse : Je n'ai jamais eu de parent atteint par ces maladies. C'est plutôt par les autres que j'ai découvert l'existence des maladies épidémiques. Au cours de nos tournées de prospection dans les maisons, il m'arrivait de rencontrer des personnes malades.

Question : Pouvez-vous me citer les différentes épidémies qu'a connues la ville de Dakar ?

Réponse : il y avait la peste, le choléra, le "Ndiambal"... Le Service d'Hygiène procédait à des vaccinations. Des équipes étaient formées et envoyées à Dakar et dans la banlieue. Les villages recevaient également la visite de ces équipes.

Question : Comment étaient organisées les séances de vaccination ?

Réponse : Les équipes de vaccination étaient constituées en période pré-hivernale. Chaque équipe avait sous sa charge un secteur de la ville avec la mission de vacciner tous les habitants y vivant. Avant le début des opérations, on venait avertir les gens de notre volonté d'effectuer des vaccinations.

On prenait contact avec les vieux, en particulier les délégués de quartier et les imams des mosquées. Ces derniers devaient sensibiliser les gens du quartier. Les vaccinations pouvaient alors commencer. Il m'arrivait même d'amener une équipe, ici, à Grand-Dakar.

Question : Est-ce que vous notiez parfois un refus de la population à ces vaccinations ?

Réponse : Les gens venaient volontairement à ces séances de vaccination. L'affluence était si importante que nous nous faisons accompagner d'agents de police pour éviter les grandes bousculades.

Question : Existait-il des séances de vaccination dans les locaux du Service d'Hygiène ?

Réponse : Oui, il y avait des gens qui venaient se faire vacciner au Service d'Hygiène. Mais le gros du travail était fait par les équipes dont je vous ai parlé. En ces temps-là, la ville était divisée en 12 secteurs. Une équipe était affectée dans chaque secteur. Ce qui n'empêchait pas à certains d'aller se faire vacciner au Service d'Hygiène. Il se formait des files extraordinaires.

Question : Qu'est-ce qui était fait pour sensibiliser les populations sur les dangers des maladies ?

Réponse : Il n'existait pas de campagne de sensibilisation au sens propre du terme. La mission d'informer appartenait aux agents des équipes. Vous savez, le Service d'Hygiène est un service d'éducation et non un service de répression comme la Police ou la Gendarmerie . On essayait donc d'éduquer les populations. Lors de nos tournées dans les maisons, nous nous entretenions avec les populations. Les femmes étaient particulièrement visées. Nous leur expliquions l'objectif du Service d'Hygiène. Nous nous efforcions de leur faire comprendre qu'elles tiraient profit de nos prescriptions. Nous leur conseillions d'éviter les dépôts d'urine, de matières fécales et d'ordures ménagères dans les cours. Vous savez, les boîtes vides disséminées dans les cours pouvaient contenir de l'eau et constituer des gîtes larvaires. Elles favorisaient le développement des moustiques vecteurs du paludisme et de la fièvre jaune. Notre objectif a été de mettre un terme à l'insalubrité par des méthodes persuasives. Les stagiaires formés au Service d'Hygiène recevaient pour consigne d'accorder une grande importance à la persuasion. C'est seulement en réussissant à convaincre les populations que nous parvenions à atteindre quelques résultats positifs.

Question : Quelle a été la position du Service d'Hygiène face à l'utilisation de récipients pour la conservation de l'eau dans les maisons des Africains ?

Réponse : Les populations africaines tiraient leur eau des puits. Cette eau était conservée dans des barriques ou de grands canaris installés dans les cours. Pour lutter contre les larves pouvant s'y développer éventuellement, on leur conseillait d'utiliser chaque semaine du pétrole. Le pétrole versé forme à la surface de l'eau une pellicule qui tue les larves en les asphyxiant. Il était également recommandé aux détenteurs de canaris de les laver avant d'y mettre de l'eau. Cette eau devait être auparavant filtrée. Les robinets n'étaient pas si nombreux à cette époque. Ils n'étaient pas aussi à la portée de toutes les bourses.

Question : Qu'est-ce qui était prévu pour ceux qui n'étaient pas en conformité avec la réglementation ?

Réponse : Des pénalités étaient prévues pour les contraventions. Mais avant de sanctionner, nous donnions des avertissements. Nos efforts étaient souvent suivis d'échecs. Il y avait toujours des gens qui considéraient l'action du Service d'Hygiène comme une simple tracasserie administrative. Des gens pareils nous obligeaient à employer la force.

Question : Quelle a été la position du Service d'Hygiène face à la médecine traditionnelle ?

Réponse : Les autorités coloniales ne reconnaissaient pas la médecine traditionnelle africaine. Parmi la population africaine même, certains préféraient aller se faire soigner chez le médecin européen. Ceci est une preuve de la puissance de la médecine occidentale.

ANNEXE 2 : ARRÊTÉ PORTANT APPLICATION DES MESURES QUARANTENAIRES A TOUTES PROVENANCES DE DAKAR

L'inspecteur général des colonies, Gouverneur de l'Afrique Occidentale Française,
officier de la légion d'honneur.

Vu l'ordonnance organique du 7 septembre 1840

Attendu qu'il résulte des nouvelles officielles parvenues au chef-lieu que trois cas
nouveaux de fièvre jaune se sont produits à Dakar.

Vu les articles 7 et 55 du décret du 31 mars 1887 sur le régime sanitaire des colonies.

Sur la proposition du médecin en chef, Directeur de la santé,

Vu l'avis des commissions sanitaires de Dakar et de Rufisque,

Le conseil privé entendu,

ARRETE :

Article 1

Toutes les provenances de Dakar seront sur tous les ports de la colonie, assujetties à
une quarantaine d'observation dans les conditions fixées par le décret du 31 mars 1897.

Article 2

Un cordon sanitaire est établi à Dakar, de façon à isoler cette ville du reste de la
colonie par une ligne traversant la presqu'île du Cap Vert à la hauteur de Thiaroye.

A l'entrée de chacune des villes et localités de la colonie une surveillance spéciale est
établie pour la vérification de la provenance de tout voyageur voulant y pénétrer.

Article 3

Tout voyageur, blanc ou créole, se rendant d'un point quelconque à un autre, est tenu
d'être porteur du passeport sanitaire tel qu'il est défini par l'article 55 du décret du 31 mars
1897. Ce passeport devra être visé à toute localité d'arrivée et présenté à toute réquisition de
l'autorité. Il sera délivré par l'autorité sanitaire à défaut par le Maire, Administrateur ou chef
de gare de la localité.

Article 4

Il sera procédé à la désinfection des bagages et hardes de tous les voyageurs venus du
sud sans distinction, au point d'arrivée de chacun.

Article 5

En vue d'assurer l'exécution des prescriptions qui précèdent MM. les chefs de gare
dans ces stations qui se trouvent placées entre Saint-Louis et Rufisque, à l'exception de ces
villes et des escales de Louga, Thiès et Tivaouane pourvus d'un Maire ou d'un
Administrateur sont constitués agents sanitaires. A cet effet MM. les chefs de gare dans ces
stations, seront chargés de la vérification et de la délivrance des passeports, ainsi que des
mesures de désinfection auxquelles il y aura lieu de procéder.

Article 6

Les personnes qui voudront sortir de Dakar auront la faculté de s'interner au lazaret du
Cap-Manuel pour y accomplir la période de quarantaine réglementaire de cinq (5) jours après
laquelle elle pourront quitter Dakar indemnes par voie de mer.

Article 7

Toute contravention au présent arrêté sera passible des peines édictées par la loi du 3
mars 1822 dont les dispositions sont rappelées ci-après.

Article 8

Le Général-Commandant supérieur des troupes, le Secrétaire Général du
Gouvernement et le chef de service de santé sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui
sera enregistré au journal et au bulletin officiels de la Colonie et publié partout où besoin sera.

Saint-Louis, 10 Juin 1900.

Par le Gouverneur Général Chaudié

Le Général-Commandant des troupes
Combes

Le secrétaire du Gouverneur
Th. Berges

Le chef du service de santé
Dr. Lecorre

le Procureur Général
Gnapelynck

ANNEXE 3 : DÉCRET DU 14 AVRIL 1904 RELATIF À LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE

Le Président de la République Française ;
Sur le rapport du Ministre des colonies ;
Vu l'article 18 du Sénatus - consulté du 3 mai 1854 ;
Vu le décret du 1er octobre 1902 portant réorganisation de l'Afrique Occidentale Française ;
Vu l'arrêté du 31 mars 1897, portant règlement de police sanitaire maritime dans les colonies et pays de protectorat.
Vu le décret du 17 août 1897, portant réglementation d'administration publique pour l'application aux colonies de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;
Vu l'arrêté du Ministre des colonies du 7 janvier 1892, fixant la liste des maladies épidémiques dont la déclaration est obligatoire aux colonies, et le mode de déclaration à employer ;
Vu la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique ;
Vu l'avis du Gouverneur Général de l'Afrique Occidentale Française ;

DECRETE :

TITRE PREMIER
CHAPITRE PREMIER

MESURES SANITAIRES GÉNÉRALES

Article premier

Dans toutes les colonies de l'Afrique Occidentale Française, le Maire , l'Administrateur ou le Commandant de cercle sont tenus d'appliquer strictement, sous la surveillance et la direction technique des autorités sanitaires édictées par les Lieutenants-Gouverneurs de ces colonies, après avis du comité local d'hygiène et de salubrité publique et approuvés par le Gouverneur Général, après avis du comité supérieur d'hygiène et de salubrité publiques de l'Afrique Occidentale Française en vue de déterminer :

1er Les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées à l'article 3 du présent décret, et spécialement les mesures d'isolement obligatoires des maladies dans des locaux affectés à cet usage ; dans les cas où l'autorité sanitaire le jugera nécessaire. Les mesures de désinfection ou même de destruction des maisons dont la désinfection aura été reconnue impossible et dont la conservation constituerait un danger permanent ; de désinfection et de destruction des objets à l'usage des malades, ou qui ont été souillés par eux, et généralement les objets quelconques pouvant servir de véhicules à la contagion.

2e Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées, ou non à leurs extrémités, des logements loués ou garnis ou des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature, notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des matières usées, à la destruction des rats, des moustiques et des autres insectes dangereux pour la salubrité publique.

Article 2

En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé publique, le Gouverneur Général peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règlements sanitaires prévus par l'article premier. L'urgence doit être constatée par un arrêté du Lieutenant-Gouverneur , pris sur le rapport du Maire , de l'Administrateur ou du Commandant de cercle, soit que cet arrêté s'applique à une ou à plusieurs, ou qu'il s'applique : soit suivant le cas, à tous les habitants de la commune, du cercle ou de la colonie.

Article 3

Les maladies auxquelles sont applicables les dispositions du présent décret ; et celles dont la liste est déterminée par arrêté du Ministre des colonies, conformément à l'article 10 du décret du 17 août 1897, maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel et dont la déclaration est obligatoire aux colonies et en outre le paludisme.

Article 4

La déclaration à l'autorité publique de tous cas de l'une des maladies visées à l'article 3, à l'exception du paludisme, est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé, médecin indigène ou sage-femme qui en constate l'existence. Le mode de la déclaration est celui qui a été déterminé par l'arrêté du Ministre des colonies en date du 7 janvier 1902.

Article 5

La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement responsables dans l'exécution de la dite mesure. Des arrêtés des Lieutenants-Gouverneurs, pris dans les conditions prévues par l'article premier du présent décret, fixant les mesures par l'application du présent article.

Article 6

Lorsqu'une épidémie prend un caractère de gravité spéciale, menace tout ou une partie des territoires de l'Afrique Occidentale Française, et que les moyens de défense ordinaire apparaissent insuffisants, le Gouverneur Général détermine par arrêté toutes les mesures propres à l'enrayer, il règle les attributions, la composition, la compétence des autorités et le ressort des Administrateurs chargés de l'exécution de ces mesures, ces arrêtés sont immédiatement exécutoires.

Article 7

L'article déclarant d'utilité publique le captage d'une source détermine s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de la dite source. Il est interdit d'épandre sur les terrains compris dans ce périmètre les engrais humains et d'y forer des puits sans l'autorisation de l'Administrateur ou du Maire. L'indemnité qui pourra être due aux propriétaires de ces terrains sera déterminée suivant les législations locales. Ces dispositions sont applicables aux puits ou galeries fournissant de l'eau potable empruntée à une nappe souterraine.

Le droit d'usage d'une source d'eau potable implique pour la commune ou la collectivité qui la possède, le droit de curer cette source, de la couvrir et de la garantir contre toutes les causes de pollution. Mais non celui d'en dévier le cours par des tuyaux ou rigoles. Un arrêté du Lieutenant-Gouverneur de chaque colonie détermine, s'il y a lieu, les conditions dans lesquelles le droit à l'usage pourra s'exercer.

L'acquisition de tout ou partie d'une source d'eau potable peut être déclarée d'utilité publique par arrêté du Lieutenant-Gouverneur ; cet arrêté doit être précédé d'une enquête dont les formes auront été réglementées par arrêté du Gouverneur-Général.

L'indemnité d'expropriation est fixée conformément aux textes qui réglementent la matière dans chaque colonie.

CHAPITRE II

MESURES SANITAIRES RELATIVES AUX IMMEUBLES

Article 8

Les Maires, Administrateurs ou commandants de cercle sont tenus, avant de délivrer les autorisations de bâtir exigées par les règlements locaux, de s'assurer que le projet de construction remplit les conditions de salubrité prescrites par les règlements sanitaires prévus à l'article premier. A défaut par les Maires, Administrateurs ou commandants de cercle, de statuer dans le délai d'un mois à partir du dépôt de la demande de construire dont il sera délivré récépissé, le propriétaire pourra se considérer comme autorisé à commencer les

travaux. L'autorisation de construire peut être donnée par le Lieutenant-Gouverneur en cas de refus du Maire , de l'Administrateur ou du Commandant de cercle.

Si l'autorisation n'a pas été demandée, ou si les prescriptions du règlement sanitaire n'ont pas été observées, il est dressé procès-verbal. En cas d'inexécution de ces prescriptions, il est procédé conformément aux dispositions de l'article suivant.

Article 9

Lorsqu'un immeuble bâti ou non, attenant ou non à la voie publique, est dangereux pour la santé publique des occupants ou des voisins, le Lieutenant-Gouverneur , sur la proposition du Maire , de l'Administrateur ou du Commandant de cercle, invite, suivant le cas, la commission d'hygiène prévue par l'article 16 du présent décret à donner son avis :

1. Sur l'utilité et la nature des travaux
2. Sur l'interdiction d'habitation de tout ou d'une partie de l'immeuble jusqu'à ce que les conditions d'insalubrité aient disparu.

Le rapport du Maire , de l'Administrateur ou du Commandant de cercle est déposé dans les bureaux du chef-lieu de la circonscription, à la disposition des intéressés. Les propriétaires, usufruitiers et usagers sont avisés, au moins un mois à l'avance, à la diligence du Maire , Administrateur ou Commandant de cercle, de la réunion de la commission d'hygiène, et ils produisent dans ce délai leurs observations. Ils doivent, s'ils en font la demande, être entendus par la commission en personne ou par mandataire, et ils sont appelés aux visites et constatations des lieux.

En cas d'avis contraire, cet avis est transmis au Lieutenant-Gouverneur qui saisit, s'il y a lieu, le comité d'hygiène et de salubrité publiques de la colonie. Le Lieutenant-Gouverneur avise les intéressés deux mois au moins à l'avance, de la réunion de ce comité et les invite à produire leurs observations dans ce délai. Ils peuvent prendre communication de l'avis de la commission d'hygiène déposé au Gouvernement et se présenter en personne ou par mandataire devant le comité ; ils sont appelés aux visites et constatations des lieux. L'avis de la commission ou celui du comité fixe le délai dans lequel l'immeuble cessera d'être habité en totalité ou en partie. Ce délai ne commence qu'à partir de l'expiration du délai de recours ouvert aux intéressés par l'article 10 ci-après ou de la notification de la décision définitive intervenue sur le recours.

Dans le cas où l'avis de la commission n'a pas été contesté par le Maire , Administrateur ou Commandant de cercle, ou s'il a été contesté après vérification par le Gouverneur de l'avis du comité, le Maire , Administrateur ou Commandant de cercle prend une décision ordonnant les travaux nécessaires, ou portant interdiction d'habiter, et il met le propriétaire en demeure de s'y conformer dans le délai fixé. Cette décision doit être revêtue de l'approbation du Lieutenant-Gouverneur .

Article 10

Un recours est ouvert aux intéressés contre la décision du Maire , Administrateur ou Commandant de cercle, devant le conseil de contentieux, dans le délai de deux mois à dater de la notification de la décision. Ce recours est suspensif.

Article 11

A défaut de recours contre la décision du Maire , Administrateur ou Commandant de cercle, ou si la décision a été maintenue, les intéressés qui n'ont pas exécutés dans le délai imparti les travaux jugés nécessaires, sont traduits devant le tribunal de simple police, qui autorise le Maire , Administrateur ou Commandant de cercle à faire exécuter les travaux d'office à leurs frais, sans préjudice de l'application de l'article 471, paragraphe 15 du code pénal. En cas d'interdiction d'habitation, s'il n'y a été fait droit, les intéressés sont passibles d'une amende de 16 à 500 francs et traduits devant le tribunal correctionnel qui autorise le Maire , l'Administrateur ou le Commandant de cercle à faire expulser les occupants de l'immeuble aux frais de ces derniers.

Article 12

La dépense résultant de l'exécution des travaux est garantie par un privilège sur les revenus de l'immeuble, qui prend rang après les privilèges énoncés aux articles 2101 et 2103 du code civil.

Article 13

Lorsque, par suite de l'exécution du présent décret, il y aura lieu à la résiliation des baux, cette résiliation n'emportera, en faveur des locataires, aucun dommage et intérêt.

Article 14

Lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes, ou lorsque les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble, la commune ou la colonie, suivant le cas, peut acquérir, après expropriation, suivant la législation locale ; la totalité des propriétés comprises dans le périmètre des travaux ; les proportions de ces propriétés qui, après assainissement opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés par les nouvelles constructions, pourront être revendues aux enchères publiques, sans aucun droit de préemption pour les anciens propriétaires ou leur ayant-droit.

TITRE DEUX

L'ADMINISTRATION SANITAIRE

Article 15

L'inspecteur des services sanitaires civils de l'Afrique Occidentale Française et les directeurs locaux des services de santé sont chargés, sous l'autorité du Gouverneur Général et des Lieutenants-Gouverneurs, du service de contrôle et d'inspection en vue d'assurer l'exécution du présent décret. Dans les villes et agglomérations de l'Afrique Occidentale Française, il pourra être constitué, par arrêté du Gouverneur Général rendu sur la proposition des Lieutenants-Gouverneurs, un service municipal, chargé, sous l'autorité du Maire, de la surveillance technique de l'autorité sanitaire, de l'application des dispositions du présent décret.

Article 16

Les comités et commissions d'hygiène et de salubrité publiques dans chaque colonie de l'Afrique Occidentale Française sont constitués par arrêté des Lieutenants-Gouverneurs, approuvé par le Gouverneur Général, conformément au titre XIII du décret du 31 mars 1897.

Il est institué au siège du Gouvernement Général de l'AOF un comité supérieur d'hygiène et de salubrité publiques. Ce comité donne son avis sur toutes les questions énumérées aux articles 1 et 5 du présent décret et d'une manière générale sur toutes les questions d'hygiène publique et de police sanitaire qui lui sont soumises par le Gouverneur Général.

Il est présidé par le Gouverneur Général ou, à son défaut, par le secrétaire général du Gouverneur Général et se réunit sur sa convocation.

Il est ainsi composé :

- . le Général supérieur des troupes ;
- . le secrétaire général du Gouverneur Général ;
- . les Lieutenants-Gouverneurs, le délégué permanent à Kayes et les habitants notables ayant siège à la dernière session du conseil de gouvernement quand ils sont présents au siège du Gouvernement Général ;
- . le Procureur Général, chef du service judiciaire de l'AOF, inspecteur des services sanitaires civils ;
- . l'inspecteur des Travaux Publics de l'AOF ;
- . le Commandant de la marine ;
- . le pharmacien des troupes coloniales le plus élevé en grade ;
- . cinq membres désignés pour deux ans par le Gouverneur Général parmi les médecins, ingénieurs, légistes, commerçants etc ;
- . Le médecin-adjoint des services sanitaires secrétaire.

TITRE III DÉPENSES

Article 17

Les dépenses rendues nécessaires par le présent décret, notamment celles causées par la destruction des objets mobiliers, sont obligatoires et seront supportées par les budgets locaux de chaque colonie, sous la réserve des dispositions législatives régissant la matière.

TITRE IV

PÉNALITÉS

Article 18

Sera puni des peines portées à l'article 471 du code pénal quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, aura commis une contravention aux prescriptions des règlements prévus à l'article premier, ainsi qu'à celles des articles 4, 5, 6 et 11.

Celui qui aura construit une habitation sans autorisation sera puni d'une amende de 16 à 500 francs.

Article 19

Quiconque, par négligence ou par incurie, dégradera les ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation ; quiconque par négligence ou incurie, laissera à introduire des matières excrétales ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité de l'eau des sources, des fontaines, des puits, citernes, conduites aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du code pénal.

Est interdit, sous les mêmes peines, l'abandon des cadavres d'animaux, des débris de boucherie, fumier, matières fécales, en général, des résidus d'animaux putrescibles dans les failles, gouffres, bétoires ou excavations de toute nature autre que les fosses nécessaires au fonctionnement d'établissements classés.

Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines portées à l'article 257 du code pénal.

Article 20

Seront punis d'une amende de 100 à 500 F et, en cas de récidive de 500 à 1000 F tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des Maires, Administrateurs et commandants de cercle, et des membres délégués des commissions d'hygiène en ce qui touche l'application du présent décret.

Article 21

L'article 464 du code pénal est applicable dans tous les cas prévus par le présent décret.

Article 22

Les dispositions contraires au présent décret sont et demeurent abrogées.

Article 23

Le Ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Pour le Président de la République
Le Ministre des colonies

Signé :

Gaston Doumergue

Fait à Paris le 14 avril 1904

Signé Émile Loubet

ANNEXE 4 : ARRÊTE N° 572 INSTITUANT DANS LA COLONIE DU SÉNÉGAL UN SERVICE D'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

Le Gouverneur des colonies, Lieutenant-Gouverneur du Sénégal, officier de la légion d'honneur ;

Vu le décret du 18 octobre 1904 ;

Sur la proposition du chef de service de santé et du chef du service de l'enseignement ;

ARRÊTE :

Article premier

Il est institué, dans la colonie du Sénégal, un service d'inspection médicale et hygiénique des écoles.

Article 2

Ce service comporte essentiellement

1. la surveillance des locaux scolaires ;

2. La prophylaxie des maladies transmissibles ;

3. Le contrôle périodique et fréquent de l'hygiène et de l'état de santé du personnel des écoles (élèves et maîtres).

Article 3

Ce service est confié aux médecins des services municipaux d'hygiène et fonctionne sous la direction du chef du service de santé auquel les médecins du Service adressent un rapport mensuel.

Article 4

Le chef du service de santé et le chef du service de l'enseignement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera enregistré et communiqué partout où besoin sera et inséré aux publications officielles de la colonie.

Saint-Louis, le 11 juin 1906

Camille Guy

Le chef du Service de l'enseignement.

Risson

Pour le Lieutenant-Gouverneur
le chef du Service de santé

Dr. G. Merveilleux

ANNEXE 5 : ARRÊTÉ MUNICIPAL N° 1362 PORTANT DÉLIMITATION DE SECTEURS SANITAIRES À DAKAR

Nous Valmy Lavié, 2e adjoint faisant fonction de Maire de la ville de Dakar,

Vu le décret du 10 août 1872 instituant des municipalités au Sénégal ;

Vu la loi du 5 avril 1882 ;

Vu la loi du 5 avril 1884 dans ses dispositions applicables au Sénégal en vertu des décrets des 26 juin 1884, 29 avril 1889, 10 décembre 1896 ;

Vu les décrets du 24 novembre 1882, 27 février 1893 et 26 novembre 1904 ;

Vu le décret du 17 juin 1887 fondant la commune de Dakar

Considérant qu'il y a lieu de donner aux vœux émis par le conseil sanitaire du 2e arrondissement dans sa séance du 28 novembre 1912 une suite effective ;

Vu l'arrêté de Monsieur le Gouverneur du Sénégal en date du 27 novembre 1912 déclarant le port et la ville de Dakar contaminés de fièvre jaune ;

Vu l'urgence des mesures sanitaires à prendre ;

Vu le décret du 10 août 1872 spécialement en son chapitre V, article 33, paragraphe 7, qui fait une obligation au Maire de prendre les mesures propres à arrêter l'épidémie ;

ARRÊTONS :

Article premier

A compter du 26 novembre 1912, la ville de Dakar, déclarée contaminée de fièvre jaune, est soumise à une surveillance sanitaire.

Article 2

A cet effet, la ville de Dakar est divisée en deux régions : l'une dans laquelle se sont produits des cas de fièvres jaune, l'autre dans laquelle rien de suspect n'a été observé.

Article 3

La région suspecte en elle-même est divisée en quatre secteurs dits secteurs de surveillance sanitaire.

Ces secteurs sont :

1er secteur : compris entre l'avenue Faidherbe, l'avenue Gambetta par une ligne passant derrière le Dépôt et la rue Vincens prolongée. De ce secteur est détachée l'agglomération du dépôt du chemin de fer qui restera sous la surveillance journalière des médecins de la compagnie.

2e secteur : compris entre la rue Vincens, la rue Canard, la rue Malenfant, la rue de Thiong et la rue Raffenel.

3e secteur : compris entre la rue du Docteur Thèze, à l'angle de la rue de Thiong, la rue Carnot, la rue Raffenel et la rue de Thiong.

4e secteur : compris entre l'avenue Roume, à l'angle de la rue Carnot, l'avenue de la République, la rue Raffenel et la rue Carnot.

Article 4

La surveillance sanitaire sera faite par les médecins mis à la disposition de la Municipalité.

Ces médecins devront visiter chaque jour tous les habitants du secteur dont ils ont la surveillance.

Ils devront signaler immédiatement à la Mairie, tout malade fébrile avec l'indication très exacte de sa demeure, pour permettre l'isolement immédiat sous tulle ou grillage métallique par les soins de la Mairie.

Article 5

A cet effet, il est institué une équipe d'ouvriers qui sera placée sous la direction du médecin municipal d'hygiène.

Article 6

Tout habitant des quartiers dits de surveillance sanitaire est tenu de se soumettre à la visite médicale qui lui sera faite.

Article 7

La visite médicale faite par le médecin chargé du secteur ne devra en rien gêner les malades qui pourront toujours se faire traiter par leurs médecins habituels.

Article 8

Toute contravention aux dispositions du présent arrêté ou tout habitant qui se refusera à la visite sanitaire journalière sera poursuivi immédiatement par la loi (article 471 du code pénal, paragraphe 15).

Article 9

Le présent arrêté qui n'entrera en vigueur qu'après avoir été approuvé par Monsieur le Gouverneur du Sénégal et tous les agents de l'autorité publique qui sont chargés de veiller à son application.

Dakar, le 27 novembre 1912
Approuvé d'urgence.

Le Gouverneur des colonies
Lieutenant-Gouverneur du Sénégal
Dakar le 27 novembre 1912

Signé
H. Cor

ANNEXE 6: ARRÊTÉ N° 1809 ÉDICTANT DES MESURES D'HYGIÈNE EXTRAORDINAIRES A L'ASSAINISSEMENT DE LA VILLE DE DAKAR

Le Gouverneur de l'Afrique Occidentale Française, commandeur de la légion d'honneur ;

Vu le décret du 18 octobre 1904 portant réorganisation du Gouvernement Général de l'AOF ;

Vu le décret du 14 avril 1904, sur la protection de la santé publique en AOF, et notamment l'article 6 du dit décret ;

Vu l'arrêté n° 2093 ter du Gouverneur du Sénégal concernant les mesures à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies épidémiques ;

Vu l'arrêté du Gouverneur du Sénégal, du 13 mai 1914, constatant l'urgence des mesures prescrites par les règlements sanitaires dans l'intérieur de la ville de Dakar contaminé de peste.

Vu l'arrêté du Gouverneur Général du 13 mai 1914, ordonnant l'exécution immédiate, dans la ville de Dakar, de mesures sanitaires prescrites par l'arrêté sus visé du Gouverneur du Sénégal

Vu les arrêtés du Gouverneur du Sénégal, en date du 12 décembre 1912, concernant la construction et la salubrité des maisons, et 11 juillet 1914, déterminant la zone d'application dans la ville de Dakar du précédent arrêté ;

Vu les délibérations du comité local d'hygiène de Dakar, en date des 18, 20, 25 mai 1912, notamment la délibération du 7 juillet 1914 ;

Considérant que la situation sanitaire actuelle de la ville de Dakar et les dangers permanents d'épidémies dont cette ville est menacée par suite des conditions d'habitat antihygiéniques dans lesquelles vit la population indigène nécessitant des mesures urgentes et extraordinaires de protection spéciales ;

Sur la proposition du Lieutenant-Gouverneur du Sénégal, le conseil privé de cette colonie entendu, et après avis conforme de l'Inspecteur Général des Services Sanitaires et Médicaux de l'Afrique Occidentale Française ;

ARRÊTE :

Article premier

Des commissions dont la composition est prévue à l'article 15 de l'arrêté n° 2093 ter du 12 décembre 1912 du Lieutenant-Gouverneur du Sénégal, concernant les mesures de prescription contre les maladies épidémiques, visiteront les habitations de la ville de Dakar, en vue de désigner ceux des immeubles bâtis ou non qui constitueraient un danger pour la santé publique, et de proposer, soit la transformation à y apporter, soit, s'il s'agit de constructions, leur destruction dans le cas où il serait impossible de les rendre salubres.

Article 2

Les immeubles bâtis en maçonnerie, qui auront été ainsi désignés, seront soumis immédiatement aux mesures édictées par les articles 18 et 30 de l'arrêté n° 2093 ter du 12 décembre 1912, du Lieutenant-Gouverneur du Sénégal, concernant les mesures à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies épidémiques.

Les baraques en planches, les cases en pailles, attenant ou non au sol, reconnues insalubres et dangereuses seront frappées de l'interdiction d'habitation définitive et devront être fermées et évacuées par leurs occupants à l'expiration d'un délai fixé par la commission de visite, et qui ne devra pas excéder les dates ci-après déterminées :

- 1er septembre 1914 pour les cases en pailles notoirement ;
- 1er novembre 1914 pour les baraques en bois dangereuses ;
- 1er juin 1915 pour les baraques en bois insalubres.

Article 3

Les commissions de visites sanitaires désigneront celles d'entre ces baraques ou paillotes dont les matériaux pourront être utilisés en vue des réédifications visées à l'article ci-après.

Article 4

Les présentes mesures seront appliquées, tous droits d'occupation régulière ou de propriété foncière réservés.

Les propriétaires ou occupants du sol auront ultérieurement la faculté de s'installer sur leurs terrains sous conditions de se conformer aux dispositions de l'arrêté local du 12 décembre 1912 concernant la construction et la salubrité des maisons.

Article 5

Les propriétaires ou locataires évincés par l'application des mesures qui précèdent pourront, sur leur demande, bénéficier de l'attribution gratuite, provisoire ou définitive d'un lot de terrain à prélever sur l'emplacement prévu pour l'installation de la nouvelle ville indigène.

Article 6

Une commission nommée par le Gouverneur du Sénégal et comprenant, en dehors du représentant de l'Administration, un représentant de la Municipalité, un représentant de la chambre de commerce et un médecin, sera chargée :

1) de déterminer aux abords immédiats de Dakar, de préférence dans les terrains appartenant à l'État, ceux qui conviennent le mieux à l'établissement du nouveau village.

Faute de terrains appartenant à l'État, elle pourra proposer l'utilisation de terrains appartenant à des particuliers, et qui seront acquis, soit à l'amiable, soit par la voie d'expropriation publique ;

2) d'en étudier le lotissement, les voies de dégagement et de proposer tous les travaux pour les rendre habitables dans des conditions d'hygiène et de salubrité aussi grandes que possibles.

Article 7

Des primes de construction de taux variables suivant la nature et l'importance des habitations édifiées sur l'emplacement de la nouvelle ville, pourront être attribués, aux chefs de famille évincés dans les conditions ci-dessus déterminées.

Article 8

Le bénéfice des dispositions qui précèdent cessera à compter du 1er mai 1915, sauf en ce qui concerne l'attribution des lots d'habitation dans la nouvelle ville indigène.

Article 9

Les dépenses de toute nature occasionnées par l'application des mesures ci-dessus édictées, seront supportées par le budget général et le budget des territoires d'administration directe, suivant une proportion à établir ultérieurement.

Article 10

Le Lieutenant-Gouverneur du Sénégal et le Maire de la ville de Dakar sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

Dakar, le 24 juillet 1914

Signé

W. Ponty

ANNEXE 7 : ARRÊTÉ N° 1878 RENDANT PAR MESURE EXTRAORDINAIRE LA VACCINATION ET LA REVACCINATION ANTIPESTEUSES OBLIGATOIRES.

Le Gouverneur Général de l'Afrique Occidentale Française, commandeur de la légion d'honneur ;

Vu le décret du 18 octobre 1904, portant réorganisation du Gouvernement Général de l'AOF ;

Vu le décret du 14 avril 1904, sur la protection de la santé publique en AOF, et notamment les articles premier, 2, 3 et 6 du dit décret ;

Vu l'arrêté n° 2093 ter du Gouverneur du Sénégal, concernant les mesures à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies épidémiques ;

Vu l'arrêté du Gouverneur du Sénégal du 13 mai 1914, constatant l'urgence des mesures prescrites par les règlements sanitaires pour enrayer l'épidémie de peste constatée à Dakar ;

Vu les délibérations du conseil sanitaire et du comité local d'hygiène de Dakar, dans leurs différentes séances ;

Considérant que l'état sanitaires actuel de la ville de Dakar nécessite des mesures urgentes et extraordinaires en vue d'enrayer l'épidémie de peste et d'en préserver l'intérieur de la colonie ;

Sur la proposition du Lieutenant-Gouverneur du Sénégal et après avis conforme de l'Inspecteur-Général des Services Sanitaires et Médicaux de l'AOF.

ARRÊTE :

Article premier :

La vaccination antipesteuse et la revaccination avec le lymphé de Haffkine, sont obligatoires au Sénégal, pour tous les Syriens, Marocains et Indigènes, en contact avec un centre contaminé de peste.

Article 2

Les contraventions au présent arrêté seront punies des peines prévues au titre IV du décret du 14 avril 1904 ;

Article 3

Le présent arrêté sera enregistré, communiqué partout où besoin sera et inséré aux publications officielles.

Dakar, le 2 août 1914

Signé

W. Ponty

ANNEXE 8 : DÉCISION N° 3331 NOMMANT UNE COMMISSION CHARGÉE D'ÉTUDIER LES MOYENS D'ASSAINIR DAKAR

Le Gouverneur Général de l'Afrique Occidentale Française, commandeur de la légion d'honneur ;

Vu le décret du 18 octobre 1904 réorganisant le Gouvernement Général de l'AOF modifié le 4/12/1920

DÉCIDE :

Article Premier

Il est institué une commission composée de :

Président :

- M. l'Inspecteur Général des Services Sanitaires et Médicaux ;

Membres :

- M.M. le Délégué du Gouverneur du Sénégal ou son représentant ;
- Le Maire de Dakar ou son représentant ;
- Le Président de la chambre de commerce de Dakar ou son représentant ;
- Un ingénieur délégué désigné par l'Inspecteur général des Travaux Publics ;
- l'Ingénieur-chef des Travaux Publics du 2e arrondissement ;
- Le Médecin-inspecteur mobile d'hygiène ;
- Le Médecin du Service d'Hygiène.

Article 2

Cette commission qui se réunira sur la convocation de son président est chargée de mettre à l'étude les moyens capables d'aider à l'amélioration de l'état sanitaire de la ville ; elle envisage d'une manière particulière les problèmes : de l'alimentation en eau potable ; le ramassage des matières fécales et des ordures ménagères ; le fonctionnement des égouts et des collecteurs pluviaux ; la surveillance des terrains non-bâties qui servent actuellement de dépotoirs, de carrières de pierres, de champs de culture etc ; la salubrité des constructions indigènes et le surpeuplement de ces habitations ; l'entretien de la voirie, la surveillance et la propreté des marchés ; la prophylaxie des maladies transmissibles et d'une façon générale toute question ayant quelque rapport avec la santé publique.

Article 3

En fin d'enquête, elle condensera en un rapport et en les présentant par ordre d'urgence, les diverses mesures et les travaux de salubrité qu'elle croira devoir préconiser pour remédier à l'état des choses actuel. Ces propositions constitueront en quelque sorte un nouveau programme d'assainissement de la cité qui me sera soumis avant le premier mars prochain.

Article 4

Le Secrétaire Général du Gouvernement Général et l'Inspecteur Général des Services Sanitaires et Médicaux sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision.

Dakar, le 20 décembre 1923

Signé

Carde

BIBLIOGRAPHIE

- ABBATUCCI Séverin
1926 **Les services d'hygiène publique dans les colonies françaises.** Genève , Société des Nations, 186 p. (Publication SDN, hygiène III, 1926, III).
- ACAR M.
1923 «Evolution de la peste au Sénégal» **Bull. Soc. Path. exot.**, **16**, 5 : 372-378.
- ADVIER M. & DIAGNE A.
1933 «Observations épidémiologiques sur la peste à Dakar (décembre 1932)» **Bull. Soc. Path. exot.** , **26** : 388-389.
- AGUESSY Cyrille
1933 «Rôle des médecins et sages-femmes auxiliaires de l'AOF dans l'Assistance Médicale Indigène» **Bull. Ens. AOF**, **22**, 84 : 193-198.
- ALI Ahmed
1986 **La politique de la jeunesse du gouvernement de Vichy au Sénégal.** Dakar, Univ. de Dakar, 149 p. (Mém. de Maîtrise).
- ANFREVILLE L. d'.
1910 «L'hygiène comparée de Bathurst et de nos villes sénégalaises» **Bull. Soc. Path. exot.**, **3**, 8 : 546-549.
- ANFREVILLE De la Salle d'
1914 «La conquête sanitaire de nos colonies», **Rev. deux mondes**, 1er juillet : 174-192.
- ANFREVILLE L. d'.
1917 «Projet d'organisation des Services d'Hygiène publique dans nos colonies exotiques» **Bull. Soc. Path. exot.**, **10**, 5 : 406-417.
- ANGRAND Armand Pierre
1950 **Les lébou de la Presqu'île du Cap-Vert : essai sur leur histoire et leurs coutumes.** Dakar, gensul, 144 p.
- ANONYME [Gouvernement Général de l'AOF]
1929 «Les services de l'assistance médicale indigène en Afrique Occidentale Française d'après les instructions de 1926 et 1927 du Gouverneur Général Carde, relatives à l'orientation et au développement des services de Santé et de l'Assistance» **Bull. OIHP**, **21**, 3 : 430-443.
- ANONYME
1931 **La circonscription de Dakar et dépendances.** Paris, éd. société géographique et maritime, 120 p.
- ANONYME
1931 **L'équipement sanitaire des colonies.** Paris , Le Mouvement Sanitaire, 124 p., ill.
- ANONYME
1934 «La vaccination par le BCG aux colonies» **Ann. Méd. Pharm. Colon.**, **32** : 84-87.
- ANONYME
1939 «Organisation de l'Assistance Médicale» **Bull. Info. Rens. (AOF)**, **211** : 55-56.
- BAIXE
1933 «Le problème de l'eau à Dakar et sa solution» **Arch. Méd. Nav.**, **123** : 463-478.

- BECKER Charles
1993 L'apparition du Sida et la gestion des épidémies du passé au Sénégal. **Atelier «Les sciences sociales face au Sida en Afrique. Cas africains autour de l'exemple ivoirien»** Annexe : le Sida à travers la presse sénégalaise 1987-1992. Bingerville, 15-17 mars. GIDIS-CI-ORSTOM, : 22.
- BECKER Charles
1993 **Quelques réflexions sur l'histoire, la santé, et l'environnement en Afrique.** Dakar, ORSTOM, 10 p.
- BELLET
1907 «Etat sanitaire de Dakar et du personnel de la marine pendant l'hivernage de 1906» **Arch. Méd. Nav.**, **87** : 423-428.
- BELLET
1907 «Considérations hygiéniques sur la ville de Dakar et les établissements de la marine» **Arch. Méd. Nav.**, **87** : 489-493 ; **88** : 41-45 ; 81-92 ; 303-316.
- BERTIN Pierre
1920 **Le problème de la colonisation devant l'hygiène.** Bordeaux, Impr. A. Sagnac & E. Drouillard, 63 p. in - 8 (Th. Méd. Bordeaux, 1919-20, n° 57).
- BETTS Raymond F.
1969 «The problem of the Medina in the Urban Planing of Dakar, Senegal» **African Urban Notes**, **4**, 3 : 5-11.
- BETTS Raymond F.
1971 «The establishment of the Medina in Dakar, Senegal, 1914» **Africa**, **41**, 2 : 143-152.
- BIARNÈS Pierre
1985 **Les Français en Afrique Noire de Richeulieu à Mitterand.** Paris, A. Collin, 448 p.
- BLANCHARD M.
1923 «Sur quelques facteurs moraux et matériels d'attraction des indigènes dans les centres de consultation» **Rev. Méd. Hyg. trop.**, **15**, 5 : 185-186.
- BLANCHARD M.
1931 «L'adaptation de l'hygiène aux divers stades de la vie de l'indigène aux colonies (10-14) in **l'équipement sanitaire des colonies.** Paris : le Mouvement Sanitaire (n° sp. h.s.).
- BLANCHARD
1932 «A propos de la fièvre jaune» **Bull. Ens. AOF**, **21**, 80 : 179-183.
- BLANCHARD
1933 «La prophylaxie de la Tuberculose» (537-541). **Hygiène Méditerranéenne.** 1er congrès international. Marseille, 20-25 sept. 1932. Rapports et comptes-rendus. Paris, libr. J.B. Baillière & fils, 2tt (t1 avec 1 portrait, 3 pl. et 41 fig. 777 p., index ; t2, 54 fig. 759 p.).
- BLANCHARD
1935 «La formation des auxiliaires médicaux dans les colonies françaises. L'école de médecine de l'Afrique Occidentale Française à Dakar» **Bull. OIHP**, **27**, 8 : 1575-1592.

- BRENIER Henri
1930 **Le problème de la population dans les colonies françaises.** Lyon , 55 p. in - 8
(Chronique sociale de France).
- BRUNO Guardia Roger
1934 «Médecine sociale. Rôle de l'assistance médicale en Afrique noire» **La géographie**,
62, 1/2 : 32-40.
- BRUNSCHWIG Henri
1949 **La colonisation française, du pacte colonial à l'union française.** Paris, Calmann-
Lévy, in - 12, 302 p.
- BRUNSCHWIG Henri
1971 **Le partage de l'Afrique noire.** Paris, Flammarion, 189 p.
- CANTON
1940 «Notes sur les eaux d'alimentation de la ville de Dakar» **Arch. Méd. Nav.**, 130 : 50-
70.
- CANTON & FRANCESCHI
1939 «Au sujet du paludisme dans la ville de Dakar» **Arch. Méd. Nav.**, 129 : 548-555.
- CAZANOVE F.
1927 «Considérations sur les cas de fièvre jaune observés au Sénégal en 1912» **Bull. Soc.**
Path. exot., 22, 4 : 260-272.
- CAZANOVE F.
1930 «Histoire épidémique de la fièvre jaune» **Outre-Mer**, 2, 2 : 163-180.
- CAZANOVE [établi par (-) d'après les documents réunis à l'IGSS de la colonie ; et présenté par
l'ASNET].
1930 «Essai de démographie des colonies françaises» **Bull. OIHP**, 22, 8 (suppl.) : 1-86.
- CAZANOVE F.
1931 «L'assistance médicale» **Hyg. Soc.**, 4, 63 : 1190-1995.
- CHARPY Jacques
1958 **La fondation de Dakar (1845-1857-1869).** Documents recueillis et publiés par (-).
Paris. Larose, 596 p., 9 pl. et 30 ill. h.t.
- CHEVANS H.
1907 **La mise en valeur de l'Afrique Occidentale Française.** Paris, F. Alcan, in 8e x 64
p.
- COLLIGNON René, BECKER Charles
1989 **Santé et population en Sénégal des origines à 1960 : bibliographie annotée.**
Paris, Institut National d'Etudes Démographiques, 1 x 554 p.
- Collomb, Huet & LECOMTE
1921 «Note sur l'épidémie de peste au Sénégal en 1914 (résumé des rapports de MM. -)»
Ann. Hyg. Méd. Colon., 19 : 38-72.
- COQUERY-VIDROVITCH Catherine
1979 «Colonisation ou impérialisme : la politique africaine de la France entre les deux
guerres» **Le Mouvement Social**, 107 : 51-76.

- COQUERY-VIDROVITCH Catherine (éd.)
1985-1988 **Processus d'urbanisation en Afrique noire.** Paris , l'Harmattan (2 tomes).
- COQUERY-VIDROVITCH Catherine (éd.)
1992 **L'Afrique Occidentale au temps des Français : Colonisateurs et colonisés (1860-1960).** Paris , La Découverte - ACCT, 460 p.
- COQUERY-VIDROVITCH Catherine & MONIOT H.
1985 **L'Afrique noire de 1800 à nos jours.** Paris , Payot, 463 p.
- COUVY L.
1927 «Prophylaxie de la tuberculose à Dakar» **Bull. Soc. Path. exot.**, 20, 2 : 138-144.
- DEL COURT Jean
1983 **Naissance et croissance de Dakar.** Dakar , Clairafrique, 118 p.
- DELMAS Robert
1963 **Des origines de Dakar et de ses relations avec l'Europe.** Dakar , GIA, 2e édition, 50 p.
- DELRIEUX M.
1912 «Campagne antivariolique pendant l'année 1911» **Suppl. JO AOF**, 4, 83 : 167-172.
- DESCHAMPS Hubert
1953 **Méthodes et doctrines coloniales de la France des origines à nos jours.** Paris, A. Colin, 222 p.
- DIENG Mamadou Moustapha
1984 **Les épidémies au Sénégal au XIXe siècle (méthodologie et perspectives de recherches).** Dakar, UCAD, 47 p. (DEA Hist.).
- DIOP Angélique
1982 **Santé et colonisation au Sénégal : 1895-1914.** Paris , Univ. Paris I, 326 p. + 88 p. annexes (Th. 3e cycle Hist.).
- DIOUF Ndiouma
1978 **L'histoire urbaine de la commune de Dakar de 1887 à 1924.** Dakar, Univ. de Dakar, 87 p. (Mém. maîtrise hist.).
- DRESCH Jean
1950 «Villes d'Afrique Occidentale» **Cah. O.M.**, 3, 11 : 200-230.
- ESQUIER A.
1920 «La deuxième épidémie de peste de Dakar» **Arch. Méd. Pharm. Nav.**, 109, 3 : 187-213.
- FAURE Claude
1914 **Histoire de la Presqu'île du Cap-Vert et des origines de Dakar.** Paris , Emile Larose, 6-165 p. 2 plans h.t.
- GALLAIS Jean
1954 «Dans la grande banlieue de Dakar : les villages lébous de la Presqu'île du Cap-Vert» **Cah. O.M.**, 26 : 137-154, fig., 4 pl. h.t.

- GRIMAUD Aimée
1979 **Les médecins africains en AOF : étude socio-historique sur la formation d'une élite coloniale.** Dakar, Univ. de Dakar, 145 p. (Mém. maîtrise hist.).
- GROUPE D'ÉTUDES DAKAROISES
1968 **Dakar en devenir.** Paris : Présence Africaine, 519 p.
- GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'AOF
1930 **Hygiène et assainissement de la ville de Dakar.** Paris, Agence économique de l'AOF, 16 p., 8 pl.
- GUILLAUME Pierre
1974 **Le monde colonial : XIX-XXe siècle.** Paris, Armand Colin, Collection U, 294 p.
- HECKENROTH F.
1919 «Quelques considérations sur la nécessité d'utiliser les cordons sanitaires contre la peste en Afrique Occidentale Française» **Bull. Soc. Méd. Chir. fr. Ouest-afr.**,
- HECKENROTH F.
1922 «Mesures capables d'enrayer le paludisme à Dakar» **Bull. Soc. Path. Exot.**, 15, 10 : 1024-1032.
- HECKENROTH F. & BERGONNIER E.
1923 «Renseignements démographiques sur Dakar en 1922» **Bull. Soc. Path. Exot.**, 16, 6 : 438-464.
- JAVELLY M. & BERGONNIER E.
1922 «Notes sur l'organisation du service de prophylaxie antipesteuse à Dakar» **Bull. Soc. Path. Exot.**, 14, 7 : 661-667.
- JOHNSON G. Wesley
1991 **Naissance du Sénégal contemporain. Aux origines de la vie politique moderne (1900-1920).** Paris, Karthala, 328 p.
- KERMORGANT & LAVERAN
1909 «Sur les mesures à prendre pour développer dans les colonies françaises l'usage préventif de la quinine contre le paludisme» **Bull. Soc. Path. Exot.**, 2, 5 : 225-234.
- LABOURET Henri
1933 «Urbanisme, hygiène, oeuvres sociales à Dakar» **Afr. fr.**, 43, 1 : 16-20.
- LAFONT A.
1915 «Une épidémie de peste humaine à Dakar (avril 1914-février 1915)» **Bull. Soc. Path. Exot.**, 8, 9 : 660-680.
- LAFONT A., LECOMTE A. & HECKENROTH F.
1915 «Une observation de méningite cérébro-spinale à Dakar, causée par le bacille de Yersin» **Bull. Soc. Path. Exot.**, 8, 3 : 92-98.
- LAPEYSSONNIE
1988 **La médecine coloniale. Mythes et réalités.** Paris, Seghers, 310 p. Index noms, ill. h.t. (médecine et histoire).
- LASNET
1931 «Problème de démographie aux colonies» **Hyg. Soc.**, 4, 62 : 1119-1122.

- MARCANDIER André
1916 «Note sur les vaccinations contre la peste, faite pendant et après l'épidémie de Dakar (1914, 1915, 1916)» **Bull. Soc. Path. Exot.**, 9, 8 : 592-600.
- M'BOKOLO Elikia
1982 «Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914» **Cah. Etud. afr.**, 22, 1/2 (85-86) : 13-46 (n° sp. : épidémiologie et géographie).
- M'BOKOLO Elikia
1992 **Afrique noire : histoire et civilisation. Tome II : XIXe et XXe siècle.** Paris ; Hatier-AUPELF, 576 P.
- METGE Pierre
1966 **Le peuplement du Sénégal.** Dakar : Ministère du Plan, du Développement et de l'Aménagement du Territoire, 247 p., 2 tomes (tI : 1-97 ; tII : 97-247).
- NOGUE Maurice
1919 «Note sur le fonctionnement de la polyclinique de l'Hôpital Indigène de décembre 1918 à juillet 1919» **Bull. Soc. Méd. Chir. fr. Ouest-afr.**, 1, 3 : 28-33.
- O'BRIEN Rita Cruise
1972 **White society in Black Africa : The French of Senegal.** Londres , Faber and Faber, 320 p.
- LOUDINOT R.
1933 «La question des ordures ménagères dans une ville coloniale : Dakar» **Hyg. Soc.**, 91 : 1793-1794.
- RIBOT Georges
1908 **Dakar, ses origines, son avenir.** Bordeaux , Delmas, 206 p.
- SALLERAS Bruno
1980 **La politique sanitaire de la France à Dakar de 1900 à 1920.** Paris , Univ. Paris X, 168 p. (Mém. maîtrise).
- SALLERAS Bruno
1982 **Les auxiliaires indigènes de la santé au Sénégal au début du XXe siècle : la formation d'une élite coloniale.** Paris , EHESS, 77 p. dactyl. (Mém. DEA).
- SALLERAS Bruno
1984 **La peste à Dakar en 1914 : Médina ou les enjeux complexes d'une politique sanitaire.** Paris , EHESS, 172 + 73 + 30 p., 19 ill. h.t. (Th. 3e cycle).
- SANKALÉ Marc
1969 **Médecins et action sanitaire en Afrique Noire.** Paris , Présence Africaine, 436 p.
- SARRAUT Albert
1923 **La mise en valeur des colonies françaises.** Paris , Payot, 663 p.
- SECK Assane
1970 **Dakar, métropole ouest-africaine.** Dakar , IFAN, 517 p., 57 fig., 56 tabl., 5 cartes h.t., 19 pl., fotogr. (Mém. IFAN, n° 85).
- SÈNE Moustapha
1991 **Epidémies et politique sanitaire au Sénégal. 1920-1960. Exemples de la fièvre jaune et de la maladie du sommeil (trypanosomiase).** Dakar , Univ. C.A. DIOP, 194 p. (Mém. maîtrise hist.).

- SINOUE Alain
1985 **Idéologies et pratiques de l'urbanisme dans le Sénégal colonial.** Paris , EHESS, 300 p. (Th. 3e cycle).
- SINOUE Alain
1993 **Comptoirs et villes coloniales au Sénégal. Saint-Louis, Gorée, Dakar, Paris .** Karthala - ORSTOM, 344 p.
- SOREL F.P.J.
1928 «Epidémie de fièvre jaune à Dakar en 1927» **Bull. Soc. Path. Exot.**, 21, 7 : 503-508.
- SOREL F.P.J.
1928 «La fièvre jaune chez les indigènes à Dakar en 1927» **Bull. Soc. Path. Exot.**, 21, 7 : 509-511.
- SOREL F.P.J.
1929 «L'oeuvre sanitaire de la circonscription de Dakar et dépendances pour la protection de la santé publique (1927-1928)» **Bull. Soc. Path. Exot.**, 22, 5 : 368-377.
- SOREL F.P.J.
1939 «Organisation et perfectionnement des services sanitaires du port de Dakar» **Bull. OIHP**, 31, 2 : 270-279.
- SURET-CANALE Jean
1964 **Afrique noire occidentale et centrale. Tome II : L'ère coloniale. 1900-1945.** Paris, Editions sociales, 639 p.
- Sylla Assane
1992 **Le peuple lébou de la presqu'île du Cap-Vert.** Dakar , NEA, 136 p.
- TOURÉ Hassane
1994 «Le paludisme : l'hécatombe» **Santé Magazine**, 01 : 1.
- VERRIÈRE Louis
1965 **La population du Sénégal (aspects quantitatifs).** Dakar, 196 p. + 24 p. annexes et bibliogr. (Th. Doctorat en Droit).
- ZUCCARELLI François
1987 **La vie politique sénégalaise (1789-1940).** Paris , CHEAM, 160 p.

II. SOURCES ARCHIVISTIQUES

ARCHIVES NATIONALES DU SÉNÉGAL

SÉRIE H : SANTÉ

- H 10 : Santé : organisation et fonctionnement.
État sanitaire et mesures de quarantaine (Sénégal, Guinée, Côte d'Ivoire) (1898-1910).
- H 12 : Santé : organisation et fonctionnement en AOF.
Police Sanitaire Maritime. Projet de maternité. Rapports médicaux (1902-1911).
- H 17 : Dissémination des troupes et rapatriement du personnel en cas d'épidémie.
Études, notes et instructions (1902-1903).

- H 19 : Comité supérieur et services municipaux d'hygiène.
Organisation et fonctionnement (1904-1910).
- H 20 : L'hygiène à Dakar : (1912-1915).
- H 21 : L'hygiène à Dakar : (1916-1918)
- H 22 : L'hygiène à Dakar : (1919-1920)
Rapport du Service d'Hygiène (1899-1920)
- H 23 : Hôpital indigène de Dakar 1
Organisation, finances, travaux, statistique médicales (1907-1919).
- H 24 : Hôpital indigène de Dakar 2
Personnel et matériel (1912-1919).
- H 41 : Fièvre Jaune 1
Mesures sanitaires et quarantaines (1900)
- H 42 : Fièvre Jaune 2
Cordon sanitaire et incidents
- H 43 : Fièvre jaune 3 :
Rapatriement du personnel et état sanitaire des navires.
- H 44 : Fièvre jaune 4
Textes réglementaires et questions diverses.
- H 47 : Mission sanitaire du Sénégal.
Rapports (1901)
- H 48 : Mission sanitaire du Sénégal
Correspondance (1901)
- H 54 : Fièvre jaune : mesures préventives.
Plan d'évacuation, toile métallique, campagne prophylactique, réclamation (1910-1913).
- H 55 : Peste à Dakar (1914)
- H 56 : Peste à Dakar et au Sénégal (1917-1920).
- H 57 : Peste à Dakar et au Sénégal (1919-1920).

Sous-série : 1 H : Affaires Médicales

- 1 H1(1) : Affaires médicales traitées par le cabinet du Gouverneur Général (1921-1949).
- Situation médicale de Dakar : 1941-1947
- Situation médicale du camp des tirailleurs de Yoff : 1945-1957
- Institut Pasteur de Dakar : 1943-1948
- Réglementation sanitaire et médicale : 1925.
- 1H7(1) : École de médecine de l'AOF. (1923-1930).
- Fonctionnement, situation et remplacement du Directeur (le Dantec) 1923-1925.
- Monographie de Couvy : 1930.

- 1H11(1) : Fièvre Jaune : Épidémie de 1927 (1) (1927-1930)
 - Textes réglementaires
 - Correspondances rapportées de France par le Gouverneur Général
 - Notes et rapports adressés au Gouverneur.
- 1H12(1) : Fièvre jaune : Épidémie de 1927 (2), (1925-1927)
 - Police sanitaire, salubrité et hygiène : 1927
 - Listes des passeports délivrés par le Service d'Hygiène de Dakar : 1927
 - Délégations, pétitions 1927
 - Plan de la ville de Dakar : 1927
 - Articles de journaux : 1927.
- 1H15(1) : Assainissement de la ville de Dakar (1924)
- 1H22(26) : Établissements hospitaliers (1928-1947)
 - Fonctionnement et conditions d'hospitalisation.
- 1H25(26) : Difficultés de l'accroissement des villes (1934-1944)
 - Action sociale à Dakar : 1941
 - Protection maternelle et infantile : 1940
 - Protection des travailleurs.
- 1H27(26) : Lutte contre les épidémies (1927-1931)
- 1H75(163) : Méningite cérébro-spinale (1938-1957)
 - Correspondances, rapports, notes et instructions techniques
- 1H88(163) : Variole : Texte et circulaires (1941-1957)
- 1H98(163) : École Africaine de Médecine et de Pharmacie (1918-1953)
- 1H111(163) : Hygiène des transports aériens et maritimes (1938-1958)
 - Transport et rapatriements : 1938-1959
 - Police sanitaire aux frontières maritimes : 1946-1957
 - Aviation sanitaire, classification sanitaire des aérodromes : 1948-1955.
- 1H118(163) : Pélerinage à la Mecque (1940-1945)
 - Questions d'hygiène
 - Rapport de l'OïHP.
- 1H121(163) : Affaires sociales (1935-1958)
 - Croix Rouge (Statuts, rapports) : 1935
 - Service social de Dakar, indigents libanais
 - Amélioration de l'habitat.

SOUS-SÉRIE 2 H : AFFAIRES SOCIALES

- 2H8(1) : Programme d'action sociale en AOF (1940-1946)
- 2H13(1) : Protection de l'enfance (1934-1945)
 - Textes et principes
 - Rapports : 1939-1940
- 2H14(1) : Rapports sur la protection maternelle et infantile en AOF (1949).

SOUS-SÉRIE 2 G : RAPPORTS PÉRIODIQUES

FONDS DAKAR ET DÉPENDANCES : SANTÉ-HYGIÈNE

1923 :	2G23-88
1928 :	2G28-17
1929 :	2G29-20
1930 :	2G30-14
1931 :	2G31-21
1932 :	2G32-26
1933 :	2G33-19
1934 :	2G34-16, 129
1935 :	2G35-21
1936 :	2G36-21, 103
1937 :	2G37-24
1938 :	2G38-14
1939 :	2G39-12
1940 :	2G40-15, 16, 17

SOUS-SÉRIE 21 G : POLICE ET SÛRETÉ

21G35(17) : Rapatriements dans leurs territoires d'indigènes d'AOF indigents (1927-1937).

21G49(17) : Développement des grandes villes en AOF (1934-40).

- Sanction de police administrative
- Textes réglementaires
- Limitation de la population de Dakar
- Mesures de décongestionnement des centres urbains (Dakar) : 1940-1941.

21G54(17) Enquêtes sur les exodes de population (1930-1935)

- Documentation
- État des décès par maladie
- Statistiques population : 1913-1928 en AOF par territoire.
- Réponses des colonies sur les exodes : 1935.

SÉRIE P : TRAVAUX PUBLICS

P. 167 : Urbanisation de Dakar (1901-1918)

P. 178 : Assainissement de Dakar (1898-1907)

- État sanitaire
- Comblement des marigots, ravins...

P. 179 : Assainissement de Dakar (1908-1910)

P. 180 : Assainissement de Dakar (1911-1919)

P. 190 : Assainissement de Dakar (1915-1919)

- Village de Médina ; création du village ; programme des travaux

P. 191 : Assainissement et urbanisme de Dakar (1915-1919)

- Village de Médina ; construction des bâtiments

P. 192 : Assainissement et urbanisme de Dakar (1917-1919)

- Village de Médina : collecteur et caniveaux pour eaux pluviales.

P. 195 : Alimentation en eau de Dakar (1914-1916)

- Adduction du village indigène de Médina.

TABLEAU DES ANNEXES

- Annexe 1** : Recueil de quelques témoignages oraux.
Annexe 2 : Arrêté portant application des mesures quaranténaires à toutes provenances de Dakar.
Annexe 3 : Décret du 14 avril 1904 relatif à la protection de la santé publique en Afrique Occidentale Française.
Annexe 4 : Arrêté n° 572 instituant dans la colonie du Sénégal un service d'inspection médicale des écoles.
Annexe 5 : Arrêté municipal n° 1362 portant délimitation de secteurs sanitaires à Dakar.
Annexe 6 : Arrêté n° 1809 édictant des mesures d'hygiène extraordinaires à l'assainissement de la ville de Dakar.
Annexe 7 : Arrêté n° 1878 rendant par mesure extraordinaire la vaccination et la revaccination antipesteuses obligatoires.
Annexe 8 : Décision n° 3331 nommant une commission chargée d'étudier les moyens d'assainir Dakar.

LISTE DES FIGURES

- Figure 1** : Plan d'ensemble de Dakar (1945)
Figure 2 : Tableau du personnel médical à Dakar (1926-1930)
Figure 3 : Carte de l'infrastructure sanitaire à Dakar (1941)
Figure 4 : Tableau comparatif des hospitalisations à l'Hôpital Principal de Dakar (1926-1940)
Figure 5 : Capacité d'accueil de l'ambulance-lazaret du Cap-Manuel en 1930
Figure 6 : Tableau des consultations dans les dispensaires municipaux (1926-1940)
Figure 7 : Tableau des vaccinations antituberculeuses effectuées à l'Institut Pasteur de Dakar (1924-1928)
Figure 8 : Courbe du nombre de rats capturés (1921-1940)
Figure 9 : Tableau du nombre des cas de peste constatés à Dakar entre 1914 et 1940.
Figure 10 : Carte des déplacements de quartiers africains de Dakar
Figure 11 : Courbe des vaccinations antituberculeuses effectuées à l'Institut Pasteur de Dakar (1924-1932)
Figure 12 : Fiche médicale pédagogique
Figure 13 : Tableau de la natalité européenne et africaine (1900-1940)
Figure 14 : Tableau comparatif des taux de natalité (1905-1940)
Figure 15 : Tableau comparatif des taux de mortalité (1905-1940)
Figure 16 : Répartition et causes des décès africains (1932-1940)
Figure 17 : Chiffres et causes des décès d'enfants africains (1932-1940)
Figure 18 : Tableau comparatif de la mortinatalité (1900-1940)
Figure 19 : Tableau des consultations prénatales et des accouchements dans l'ensemble du Sénégal (1932-1940)
Figure 20 : Graphique de la population dakaroise (1905-1945)
Figure 21 : Tableau comparatif des naissances et des décès à Dakar (1900-1945)

INDEX DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

- AMI**
Assistance Médicale Indigène
AOF
Afrique Occidentale Française
Ann. Hyg. Méd. Colon.
Annale d'Hygiène et de Médecine Coloniales (Paris)
Ann. Méd. Pharm. Colon.
Annale de Médecine et de Pharmacie Coloniales (Paris)

ANS

Archives Nationales du Sénégal

AOF

Afrique Occidentale Française

Arch. Méd. Nav.

Archives de Médecine Navale et Coloniale (Paris)

Bull. Ens. AOF

Bulletin de l'Enseignement de l'Afrique Occidentale Française (Dakar)

Bull. Info. AOF

Bulletin d'information de l'Afrique Occidentale Française. AOF, Haut Commissariat de la République, service de l'information (Dakar)

Bull. IFAN

Bulletin de l'Institut Fondamental d'Afrique Noire (Dakar)

Bull. Méd. AOF

Bulletin Médical de l'Afrique Occidentale Française (Dakar)

Bull. OIHP

Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique (Paris)

Bull. Rens. AOF

Bulletin de Renseignement de l'Afrique Occidentale Française (Paris)

Bull. Soc. Géogr.

Bulletin de la Société de Géographie (Paris)

Bull. Soc. Méd. Chir. fr. Ouest-afr.

Bulletin de la Société Médico-chirurgicale française de l'Ouest-africain. Ecole de Médecine (Dakar).

Bull. Soc. Path. Exot.

Bulletin de la Société de Pathologie Exotique (Paris)

Cah. Etu. afr.

Cahiers d'Etudes africaines (Paris : EHESS, CEA).

Cah. O.M.

Cahiers Outre-mer (Bordeaux Talence)

Hyg. Soc.

L'Hygiène Sociale (Paris)

J.O. AOF

Journal Officiel de l'Afrique Occidentale Française (Dakar)

J.O. Sénégal

Journal Officiel du Sénégal (Dakar)

O.M.

Outre-mer (Paris)

Rev. deux Mondes

Revue des deux mondes (Paris)

Rev. Méd. Hyg. trop.

Revue Médicale et d'Hygiène tropicales

Rev. Méd. Nav.

Revue de Médecine Navale (Paris)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
DÉDICACES	1
REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	3
PREMIÈRE PARTIE : ASPECTS DE LA POLITIQUE SANITAIRE ET SA MISE EN OEUVRE A DAKAR (1900-1945)	7
CHAPITRE I : LES ACTEURS SOCIAUX	9
1. Les autorités administratives	9
2. Les hommes politiques locaux	12
3. Les notables africains	14
4. Les médecins.	17
CHAPITRE II : LES STRUCTURES	23
1. Les hôpitaux	23
2. Les dispensaires	28
3. Le service sanitaire et maritime	32
4. L'Institut Pasteur de Dakar	36
CHAPITRE III : LES MESURES SANITAIRES	39
1. Les mesures législatives et réglementaires	39
2. Les mesures sanitaires	41
a) le dépistage	41
b) le traitement	43
DEUXIÈME PARTIE : ÉVOLUTION DE LA PRÉVENTION	47
CHAPITRE I : L'IMPORTANCE DE LA PROPHYLAXIE	48
1. La prophylaxie : un complément des mesures sanitaires	48
2. La prophylaxie : un moyen de persuasion	50
CHAPITRE II : LES PHASES DE LA POLITIQUE PRÉVENTIVE	53
1. Les campagnes de dissémination et de rapatriement	53
a) les campagnes de dissémination	53
b) les rapatriements	55
2. Les régimes de protection	57
a) le régime du danger imminent	57
b) le régime de surveillance sanitaire	59
c) le régime d'observation sanitaire	60
CHAPITRE III : LES MÉTHODES DE PROPHYLAXIE	63
1. Les mesures d'hygiène pratique	63
a) les quarantaines	63
b) la dératisation	65
c) la destruction des foyers pathogènes	69
d) les déguerpissements	71
e) le traitement de l'eau	75
2. Les campagnes de vaccination	78
3. L'hygiène dans les écoles	82
4. Les oeuvres sociales	86

TROISIÈME PARTIE : BILAN DÉMOGRAPHIQUE DES MESURES SANITAIRES ET DE LA PRÉVENTION	91
CHAPITRE I : LE MOUVEMENT NATUREL DE LA POPULATION	92
1. La natalité	92
2. La mortalité	94
3. La mortinatalité	98
CHAPITRE II : L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION	101
1. La population dakaroise	101
2. Immigration et politique sanitaire	104
CHAPITRE III : LES LIMITES DES MESURES SANITAIRES ET DE LA PRÉVENTION	108
1. Les abus des agents sanitaires	108
2. Les défaillances des mesures sanitaires et de la prévention	110
3. Les pratiques de ségrégation	111
CONCLUSION	114
ANNEXES	119
BIBLIOGRAPHIE	138
TABLEAU DES ANNEXES	148
Liste des figures	148
INDEX DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	148
TABLE DES MATIÈRES	150