

Université de Montréal

Savoirs et pratiques autour de la tuberculose à Dakar, 1924-1969 :
Le destin d'une maladie sociale, du colonial au postcolonial

Par
Fatoumata Camara

Département d'histoire, Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de

Docteur en histoire (Ph. D.)

avril 2020

© Fatoumata Camara

Université de Montréal

Département d'histoire, Faculté des arts et des sciences

Cette thèse intitulée

**Savoirs et pratiques autour de la tuberculose à Dakar, 1924-1969 :
Le destin d'une maladie sociale, du colonial au postcolonial**

Présentée par

Fatoumata Camara

A été évalué) par un jury composé des personnes suivantes

Prénom Nom

Denyse Baillargeon

Prénom Nom

Laurence Monnais

Prénom Nom

Pierre-Marie David

Prénom Nom

Noémie Tousignant

Résumé

Alors que des stratégies ont été développées par les pouvoirs publics qui officiaient à Dakar depuis les années 1920 pour contenir l'évolution de la tuberculose, maladie sociale alors identifiée comme constituant un obstacle aux projets socio-politiques et économique de la France en Afrique de l'ouest, cette maladie continuait en 2019, environ 40 ans après la décolonisation du Sénégal, à figurer parmi les préoccupations des autorités sanitaires de la ville. Se posent dès lors plusieurs questions: pourquoi, en dépit de l'existence d'un vaccin antituberculeux depuis les années 1920 et malgré la découverte de médicaments spécifiques au cours des années 1940-1950, la tuberculose continue de défier les plans mis en œuvre à Dakar pour contenir son évolution? Quels ont été les moyens mobilisés pour stopper son évolution? La lutte contre la tuberculose à Dakar impliquait-elle une action sur les facteurs qui favorisaient l'extension de la maladie? Serait-ce l'exécution des mesures antituberculeuses qui était défailante?

L'hypothèse qui sous-tend cette thèse est que la lutte contre la tuberculose ne constituait pas une priorité pour les autorités sanitaires de Dakar mais aussi que l'inadéquation des différentes mesures préventives et curatives opposées à cette maladie explique les limites de l'action jusque-là entreprise et, par conséquent, sa persistance dans cette ville. À travers une évaluation de l'organisation et de l'exécution des différentes mesures qui ont été prises depuis 1924, ce travail de recherche tente de faire la lumière sur les facteurs explicatifs de la persistance de la tuberculose à Dakar jusqu'en 1969 et d'identifier des continuités, et pas seulement des ruptures, entre la période coloniale et nationale pour mieux saisir la place actuelle de la maladie infectieuse au pays. Ce travail envisage aussi de voir en référence à quels savoirs et à quelles pratiques ont été opérés les choix concernant les mesures à opposer à la tuberculose. Il cherche également à étudier les modalités d'exécution des différentes mesures arrêtées pour stopper le développement de cette maladie afin de saisir les distances entre les intentions et les gestes posés. Pour évaluer l'incidence des différents plans de lutte mis en œuvre contre la tuberculose à Dakar dans la durée choisie, une attention est enfin portée à leur réception ainsi que les attitudes qu'elles ont suscitées chez la population dakaroise.

Mots-clés: Tuberculose, médicalisation, médecine occidentale, Dakar, Sénégal, Afrique occidentale française

Abstract

While strategies had been developed by the public authorities that had been operating in Dakar since the 1920s to contain the spread of tuberculosis, a social disease then identified as an obstacle to France's socio-political and economic projects in Dakar and West Africa, in 2019, some 40 years after Senegal's decolonization, the disease continued to be a concern for the city's health authorities. This raises several questions: Why, despite the manufacture of an anti-tuberculosis vaccine since the 1920s and the discovery of specific drugs in the 1940s and 1950s, tuberculosis continues to defy the plans implemented in Dakar to contain its spread? What has been done to halt its spread? Did the fight against tuberculosis in Dakar also involve action on the factors that contributed to the spread of the disease? Was it the implementation of TB control measures that was failing? The hypothesis underlying this thesis is that the fight against tuberculosis was not a priority for Dakar health authorities, but also that the inadequacy of the various preventive and curative measures against this disease explains the limits of the action taken so far and, consequently, the persistence of tuberculosis in this city.

Through an evaluation of the organization and execution of the various measures taken since 1924, this thesis attempts to shed light on the factors explaining the persistence of tuberculosis in Dakar until 1969 and to identify continuities, and not only breaks, between the colonial and national periods in order to better understand the current place of the infectious disease in the country. It also envisages seeing with reference to what knowledge and practices were made choices concerning measures to combat tuberculosis and seeks to study the modalities of implementation of the various measures adopted to halt the development of this disease in order to grasp distances between intentions and actions taken. In order to assess the impact of the various plans to combat tuberculosis in Dakar over the chosen period, attention is also paid to their reception and the attitudes that they have aroused among the population of Dakar.

Keywords: Tuberculosis, Western medicine, medicalization, Dakar, Senegal, French West Africa

Table des matières

Résumé	3
Abstract	5
Table des matières	7
Liste des tableaux	11
Liste des figures	13
Liste des sigles et abréviations.....	15
Remerciements	19
Introduction	21
A- Occupation de Dakar et naissance d'une œuvre médico-sanitaire	22
B-Problématique.....	32
1. Histoire de la médecine et de la santé au Sénégal	39
2. Les interventions autour de la tuberculose dans l'historiographie.....	44
3. Méthodologie, sources et plan.....	45
Chapitre 1 – Enjeux autour de l'organisation de la lutte contre la tuberculose à Dakar	51
A- De l'effacement à la visibilité	52
1. De l'absence d'un consensus	53
2. Dans un contexte de brouillard scientifique.....	58
3-L'émergence du souci tuberculeux.....	60
B- La tuberculose, une menace pour le projet de mise en valeur?	64
1-La médicalisation du dakarois, un préalable à la mise en valeur	64
2-Dakar, fleuron de l'AOF	67

C-Liquider le passé et préparer l'avenir	70
1-Pour une nouvelle organisation administrative et sanitaire	70
2-Embaucher des auxiliaires africains.....	73
Chapitre 2 -Savoirs et discours autour de la tuberculose et du tuberculeux à Dakar: construction et usages	79
1. Classer pour mieux savoir	80
2-Des catégories de malades mouvantes	85
3-Et l'œuvre du colon exposa «l'indigène».....	89
4-Quand impôt et économie de traite s'en mêlent.....	96
Chapitre 3 – Un combat tous azimuts	103
A -Contenir à défaut de pouvoir stopper	104
1-Surveiller pour prévenir	105
2-Limiter la dissémination du bacille	111
3-Assainir et éduquer	114
B-De la vaccination par le BCG.....	117
1. Dakar, un laboratoire à ciel ouvert?	119
2-Un contexte favorable	124
C-Des actions aux effets limités.....	127
1-Des mesures décalées	127
2-Une prise en charge hospitalière lacunaire	129
3. Et si le vaccin n'avait pas fait l'unanimité?	132
Chapitre 4 –Des conditions nouvelles de la lutte contre la tuberculose à Dakar	137
A-En faveur du médicament	138
1. La tuberculose à Dakar: une maladie en progression?	139

2-Enfin des antituberculeux.....	146
3. Quel rôle pour l’OMS?.....	147
B- Un plan antituberculeux à la mesure des possibilités de la ville.....	159
1-Pour une protection massive par le BCG	160
2-Des soins intégrés aux services existants	162
3-La vaccination par le BCG dans un contexte de reconfiguration des rapports entre l’état colonial et ses administrés	165
4-Des résultats mitigés	168
Chapitre 5 – La Lutte contre la tuberculose à Dakar à l’épreuve de l’indépendance: entre continuités et innovations	175
A- Une indépendance compromise	177
1-Un modèle reconduit	178
2-Face aux défis de l’indépendance	182
3-La France, toujours aux commandes	184
4- Vers une plus grande implication de l’OMS	188
B- A l’épreuve des limites de la thérapeutique et de niveaux de santé variés	191
1-Des traitements aux effets limités.....	191
2-Dakar surchargée.....	194
3-La voix des tuberculeux.....	199
4-Le «Projet Sénégal 19»	202
Conclusion.....	207
Références bibliographiques	213

Liste des tableaux

Tableau 1. –	Mortalité par tuberculose chez les Africains au camp de Frejus de 1916 à 1919	61
Tableau 2. –	Distribution de la tuberculose chez les indigènes selon la profession.....	81
Tableau 3. –	Mortalité générale chez les enfants soumis au BCG de 1928 à 1932.....	123
Tableau 4. –	Mortalité générale chez les enfants non soumis au BCG de 1928 à 1932.....	123
Tableau 5. –	Allergies à la tuberculine après vaccinations au BCG aqueux et au BCG sec ...	155
Tableau 6. –	Distribution de la tuberculose à Dakar en 1949	155
Tableau 7. –	Effectifs vaccinés à Dakar entre 1950 et 1952	161
Tableau 8. –	Tuberculeux reçus au Centre de phtisiologie de Dakar	169
Tableau 9. –	Patients reçus au centre de phtisiologie entre 1958 et 1964	196
Tableau 10. –	Évaluation des traitements faits dans le cadre du «Projet Sénégal 19».....	204

Liste des figures

Figure 1. – Presqu'île du Cap-Vert.....	23
Figure 2. – Île de Gorée	24
Figure 3. – Le Sénégal en 1907	25
Figure 4. – L'AOF	28
Figure 5. – Évolution de Dakar avant et après la construction de la ville	92
Figure 6. – Occupation des terres à Dakar.....	105
Figure 7. – Séance de vaccination au BCG dans un quartier africain de Dakar	122
Figure 8. – Vaccinations par BCG à Dakar, 1924-1937	126
Figure 9. – Une séance de pneumothorax à l'HCI.....	131

Liste des sigles et abréviations

AOF: Afrique occidentale française

AEF: Afrique équatoriale française

AMI: Assistance médicale indigène

ANOM: Archives nationales outre-mer

ASLAT: Association sénégalaise de lutte contre la tuberculose

BCG: Bacille-Calmette-Guérin

CINAM: Compagnie d'études industrielles et d'aménagement du territoire

CHU: Centre hospitalier universitaire

EAMP: École africaine de médecine et de pharmacie

FIDES: Fonds d'investissement et de développement économique et social

HCI: Hôpital central indigène

HCA: Hôpital central africain

IHED: Institut des hautes études de Dakar

IHS: Institut d'hygiène sociale

LHL: Association norvégienne pour les maladies respiratoires et du cœur

IMTSSA: Institut de médecine tropicale service de santé des armées

JOAOF: Journal officiel de l'AOF

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONU: Organisation des Nations Unies

PMI: Protection maternelle et infantile

PNT: Programme national de lutte contre la tuberculose

SERESA: Société d'études et de réalisations économiques et sociales dans l'agriculture

TOM: Territoires outre-mer

UICTMR: Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'enfance

URSS: Union des républiques socialistes soviétiques

VIH: virus de l'immunodéficience humaine

À ma famille, cet ouvrage qui leur doit tant

Remerciements

Arrivée au terme de cette recherche, c'est avec beaucoup d'émotion que j'adresse mes remerciements à tous ceux qui m'ont permis de réaliser cette thèse, et en premier lieu, à ma directrice, Laurence Monnais. Laurence m'a non seulement encouragée à poursuivre cette recherche, mais elle m'a soutenue tout au long de ce long parcours, m'a permis de mener à bien cette entreprise, avec sa patience, sa rigueur, ses commentaires, sa vision qui font d'elle une intellectuelle remarquable et une immense source d'inspiration. Je lui dois beaucoup. Merci pour ton humanité Laurence.

Je remercie également le personnel administratif du département, particulièrement Valérie Cauvin dont le concours a été indispensable.

Cette thèse n'aurait pu se réaliser sans les archives qui ont apporté un éclairage riche à ma recherche. Je remercie donc tous les archivistes qui m'ont facilité l'accès aux sources nécessaires, plus particulièrement Babacar Ndiaye. Ma reconnaissance va également au département d'histoire, à l'équipe du MEOS (le Médicament comme objet social, Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal), à la Faculté des études supérieures et postdoctorales qui m'ont apporté un soutien financier.

Je n'aurais pu mener ce projet à terme sans le soutien, la patience et la compréhension de ma famille que je remercie beaucoup surtout mon frère et sa femme mais aussi ma petite lumière.

Que tous les professeurs qui ont participé à ma formation et qui ont nourri ma réflexion trouvent ici mes sincères remerciements. Je pense à Mor Ndao, à Ousseynou Faye, à Penda Mbodj. Je m'en voudrai de ne pas remercier amis et collègues dont l'écoute, les conseils ont été salvateurs.

Introduction

Au tournant des années 1950, l'idée prévalait que la tuberculose était vaincue, ou presque. En effet, l'avènement de la chimiothérapie (antibiotique) suscitait de vifs espoirs ; avec la vaccination BCG, elle participait, on l'espérait, d'un cocktail parfait contre cette maladie longtemps considérée comme l'une des causes premières de mortalité chez l'homme en Occident. Malgré les avancées très notables en matière de lutte à la maladie¹, à partir des années 1980, les pays à haute prévalence de virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et plus particulièrement ceux de l'Afrique sub-saharienne, allaient pourtant connaître une hausse considérable des cas de tuberculose avec des taux d'incidence reportés s'élevant à environ 260 pour 100.000 habitants². En outre, la résistance aux médicaments antituberculeux allait rapidement devenir un problème majeur aussi bien pour les pays développés que ceux en voie de développement. La tuberculose attira dès lors à nouveau l'attention de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui, au tournant des années 1990, la déclarait urgence de santé publique globale nécessitant l'intensification du support aux activités de contrôle aussi bien par les gouvernements nationaux que par les institutions internationales³.

Une déclaration qui n'aurait pas toujours les effets escomptés: au Sénégal, en 2012, d'après des études faites en collaboration avec l'OMS, l'Agence des États-Unis pour le développement (USAID) et le Fonds mondial et destinées à évaluer les performances et les faiblesses du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT), il ressortait que les taux de mortalité, de prévalence et d'incidence de la maladie ne montraient qu'une très faible baisse entre 1990 et 2011⁴. Ceux-ci étaient passés respectivement de 24 à 19, de 231 à 200 et de 138 à 136 pour 100.000 habitants⁵. En 2019, la tuberculose se trouvait encore au centre des préoccupations des autorités publiques sénégalaises. Le 22 mars, lors d'une entrevue accordée à l'organe de presse

¹Aux États-Unis par exemple, le taux d'incidence pour 100.000 habitants serait passé de 52,6 en 1953 à 15,7 en 1972 et à 9,5 en 1988 alors que la France qui enregistrait un taux de 60 pour 100.000 habitants en 1972 atteignait, en 1988, 16 cas pour 100.000 habitants.

²OMS, *Tuberculosis control and research strategy for the 1990s. Report and recommendations of a World Health meeting*, Genève, 26-27 Octobre 1990, 2.

³OMS, *Programme concernant la tuberculose, Quarante-sixième assemblée mondiale de la santé*, Genève, 14 mai 1993, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199753/WHA46_R36_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

⁴Sénégal, Ministère de la santé et de l'action sociale, *Revue externe du programme national de lutte contre la tuberculose du Sénégal*, Dakar, 2012, 8.

⁵*Ibid.*, 8.

sénégalais *Sud Quotidien*, la docteure Marie Sarr Diouf, coordinatrice du PNT, avançait qu'il y avait toujours au Sénégal des régions à «forte charge tuberculeuse». Parmi celles-ci, la Région de Dakar s'avérait la plus affectée avec plus de 42% des cas de tuberculose du pays⁶. Des chiffres qui, selon le docteur Pape Samba Dièye, médecin-chef du district de Yeumbeul (banlieue dakaroise) faisaient froid dans le dos⁷. Pourtant, dès les années qui suivirent le premier conflit mondial les autorités publiques officiant à Dakar avaient cherché à contenir l'extension de la maladie infectieuse.

Il nous apparaît évident que la persistance de la tuberculose dans cette ville est due à une insuffisance non seulement de l'intérêt qui lui fut porté mais des moyens qui lui furent consacrés par les pouvoirs publics. Nous pensons en fait que la lutte contre la tuberculose ne constituait pas une priorité pour les autorités sanitaires mais aussi que l'inadéquation des différentes mesures préventives et curatives opposées à cette maladie explique les limites de l'action jusque-là entreprise. À travers une analyse de l'expérience dakaroise de lutte contre la tuberculose entre 1924 et 1969, nous nous proposons dans cette thèse d'étudier les différentes réponses qui ont été apportées face à la présence tenace de la maladie par les autorités publiques qui officiaient à Dakar. La tuberculose étant une maladie sociale, entendre exacerbée par des facteurs extra-médicaux telles les conditions de vie précaires, il s'agit plus particulièrement de voir comment, et jusqu'à quel point, les dimensions à la fois biologique et sociale de la maladie ont été prises en charge par les autorités sanitaires dakaroises de la période coloniale aux premiers temps de l'indépendance sénégalaise.

A- Occupation de Dakar et naissance d'une œuvre médico-sanitaire

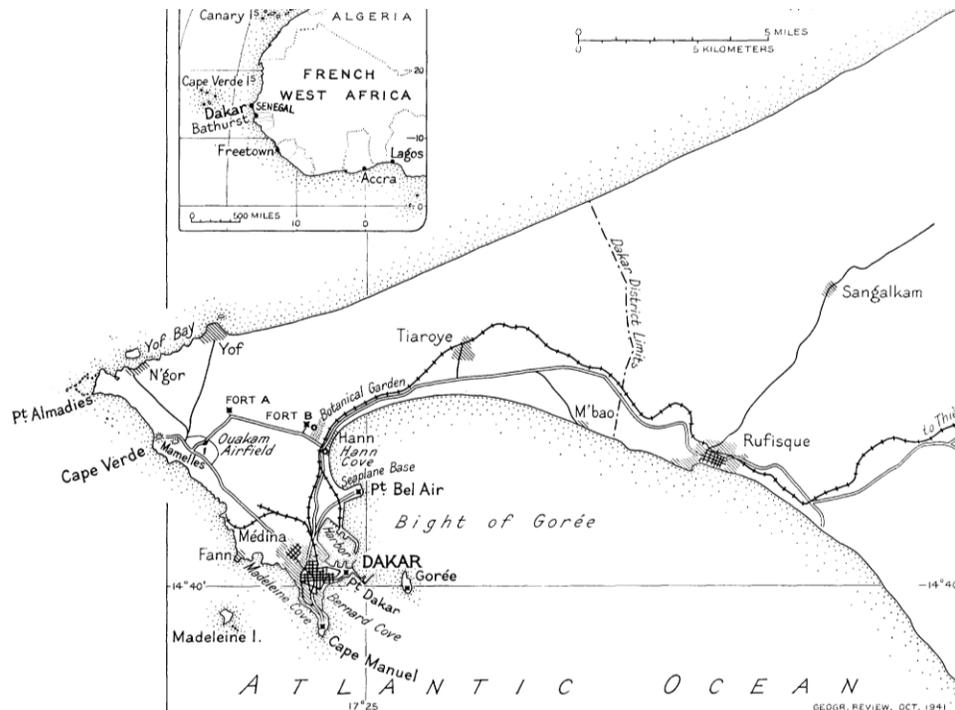
C'est à partir du 16^e siècle, avec le développement du commerce triangulaire orienté vers l'Atlantique et qui liait l'Europe, l'Afrique et les Amériques que l'intérêt des Européens pour la presqu'île du Cap-Vert sur laquelle se situe Dakar s'est précisé⁸.

⁶Marie Sarr Diouf, «Sur la supposée recrudescence de la tuberculose au Sénégal». *Sud quotidien*, 22 mai, 2019. http://www.sudonline.sn/nous-avons-cinq-a-six-mille-cas-manquants_a_44020.html.

⁷Abdou Latif Mansaray, «Lutte contre la tuberculose. Les médecins pansent la banlieue». *Le Quotidien*, 25 mars, 2019. <https://www.lequotidien.sn/lutte-contre-la-tuberculose-les-medecins-pansent-la-banlieue>.

⁸Marian Malowist, «La Lutte pour le commerce international et ses implications pour l'Afrique», dans *Histoire générale de l'Afrique, vol. V: L'Afrique du XVIIe au XVIIIe siècle*, Bethwell Allan Ogot, dir. (Paris: UNESCO, 1999), 19; Assane Seck, *Dakar, métropole ouest africaine*, (Paris: UNESCO, 1999), 5.

Figure 1. – Presqu'île du Cap-Vert⁹



D'abord attirés par l'or, le cuir, l'ivoire puis par les esclaves nécessaires à l'exploitation de l'Amérique, Français, Hollandais et Anglais cherchèrent dès le 16^e siècle à s'installer sur cette partie du Sénégal caractérisée par sa proximité avec l'Europe et l'Amérique mais aussi avec les grands marchés d'esclaves du Golfe de Guinée et de l'Angola¹⁰. Jusqu'au milieu du 19^e siècle, la France n'était présente qu'à Gorée, un petit îlot situé devant la presqu'île¹¹. Une France qui exclut pas à pas la concurrence d'autres nations européennes dans le commerce de ces matières premières et de la main-d'œuvre dans la région.

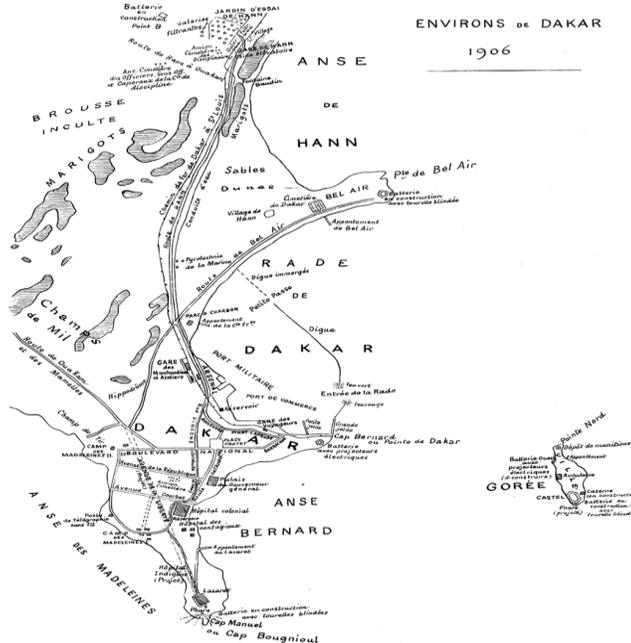
⁹Derwent Whittlesey, «Dakar and the other Cape Verde Settlements», *Geographical Review* 31, 4, (1941): 610.

¹⁰Boubacar Barry, «La Sénégambie du XVII^e au XVIII^e siècle: évolution des wolofs, des séereers et des tukuloor», dans *Histoire générale de l'Afrique, vol. V: L'Afrique du XVI^e au XVIII^e siècle*, Bethwell Allan Ogot, dir. (Paris: UNESCO, 1999), 319.

¹¹G. Wesley Johnson, *Naissance du Sénégal contemporain. Aux origines de la vie politique moderne (1900-1920)*, (Paris: Karthala), 1991, 36.

En 1617, les Hollandais s’installaient à Gorée avant d’en être chassés quelques décennies plus tard, en 1677, durant la guerre d’Hollande (1672-1678)¹². Pendant la Guerre de Sept Ans (1758 et 1763), la Gorée passa cette fois sous domination anglaise¹³. Mais dès 1763, les Français reprirent le contrôle de l’île suite au traité concluant le conflit; le système d’administration de l’île qui, depuis 1677 était dirigé par des compagnies commerciales françaises auxquelles le roi avait octroyé le privilège d’administrer et de commercer dans la région, allait en être modifié¹⁴. Gorée devenait un bien de la couronne placé sous l’administration du ministère de la Marine et allait constituer, avec Saint-Louis situé au nord et fondée par les Français vers 1658, la colonie royale du Sénégal¹⁵. Certes, entre 1779 et 1783 et durant les guerres napoléoniennes (1800-1817), les Anglais reprirent l’île mais ils durent la rendre à deux reprises, suite au traité de Versailles (1783) et surtout après le Congrès de Vienne, en 1816¹⁶.

Figure 2. – Île de Gorée¹⁷



¹²Francois Zuccarelli, *La vie politique Sénégalaise (1789-1940)*, (Paris: Centre des hautes études sur l’Afrique et l’Asie modernes [CHEAM], 1987), 9.

¹³Alain Sinou, *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal. Saint-Louis, Gorée, Dakar*, (Paris : Kartala-ORSTOM, 1993), 71; Zuccarelli, *La vie politique sénégalaise (1789-1940)*, 36-37.

¹⁴Louis Léon Faidherbe, *Notice sur la colonie du Sénégal et les pays qui sont en relation avec elle*, (Paris: Arthur Bertrand, 1859), 6-7.

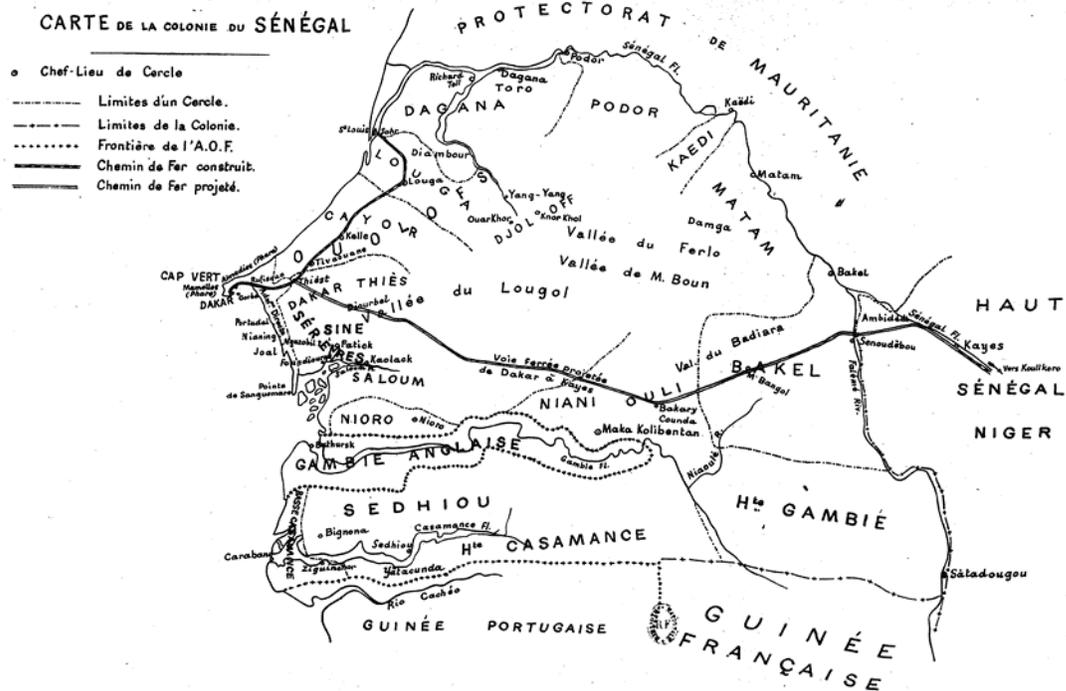
¹⁵Zuccarelli, *La vie politique sénégalaise (1789-1940)*, 36-37.

¹⁶Wesley Johnson, *Naissance du Sénégal contemporain*, 37.

¹⁷Charles Jojo, *Dakar, essai de géographie médicale et d’ethnographie*, (Montdidier: Grou-Radenez, 1907), 42.

Cette préférence pour l'île de Gorée se justifiait par le fait qu'elle était plus facile à défendre car encadrée par la mer¹⁸. Elle se justifiait également parce que l'on estimait son état sanitaire supérieur à celui de Dakar¹⁹. En effet, la nature exclusivement basaltique du sol de l'île empêchait la création de marécages alors considérés comme favorables au développement de plusieurs maladies²⁰. Dakar ne servait dès lors que de lieu de transit et de ravitaillement. En fait, Gorée, devenue un des pôles importants du commerce triangulaire, entretenait des relations commerciales avec des royaumes oulof et séreer et avec d'autres comptoirs français situés de part et d'autre de la presqu'île du Cap-Vert tels le Cayor, le Bawol, le Sine et le Saloum, Portudal, Rufisque Joal, des réseaux qui renforçaient son attractivité²¹.

Figure 3. – Le Sénégal en 1907²²



¹⁸Sinou, *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal*, 21.

¹⁹Alfred Borius, *Recherches sur le climat du Sénégal* (Paris: Gauthier-Villard, 1875), 97.

²⁰*Ibid.*, 8.

²¹Barry «La Sénégalie du XVIe au XVIIIe siècle», 328.

²²Jojo, *Dakar, essai de géographie médicale et d'ethnographie*, 23.

Pour atteindre l'île, les caravanes chargées des différents produits issus de commerce devaient toutefois passer par la presqu'île du Cap-Vert et donc par Dakar. De plus, du fait de l'exiguïté de Gorée, c'était sur la presqu'île dakaroise que les populations se procuraient de l'eau, du bétail ou encore les matériaux nécessaires à la construction (sable, pierres). Face à l'exacerbation des rivalités internationales au cours du 19^e siècle, les autorités françaises craignaient une occupation de la presqu'île, une situation qu'il fallait éviter à tout prix car dès 1845, Gorée était devenue le port d'attache de la Division navale française des côtes occidentales d'Afrique, chargée de protéger les traitants qui opéraient le long du Golfe de Guinée²³. En 1854, une réforme des limites territoriales des possessions françaises sur la côte occidentale de l'Afrique avait par conséquent détaché l'île du Sénégal pour en faire la capitale d'une nouvelle colonie appelée «Rivières du Sud»²⁴.

Avec la remise en question de la traite négrière mais aussi suite aux progrès technologiques enregistrés en Europe qui entraînèrent une augmentation considérable de la production industrielle, se fit ressentir un besoin en matière premières et de marchés qui ne pouvaient se contenter de ce point d'appui insulaire extrêmement circonscrit²⁵. En effet, à partir de 1840, le commerce de l'arachide s'était développé dans les royaumes ouolof et séreer et, avec lui, les mouvements commerciaux entre Gorée et le reste du monde s'étaient intensifiés²⁶. Toutefois, les commerçants installés sur l'île se heurtaient aux autorités locales qui administraient la presqu'île et auxquels ils devaient payer des taxes²⁷. La presqu'île était à l'époque dirigée par des populations lébou²⁸ qui s'y étaient installées au début du 18^e siècle²⁹. Vers 1810, ces Lébou s'étaient affranchis de l'autorité du *Damel* du Cayor dont ils étaient les sujets et avaient créé un état lébou³⁰. Dans cet état, l'autorité politique résidait entre les mains des chefs des différents clans d'hommes libres réunis au sein de deux assemblées: le *Diambour-i-N'Dakarou* (assemblée générale de Dakar) et le *Diambour-i-Pintch* (assemblée des notables de quartiers)³¹. Et, ces chefs

²³Jacques Charpy, *La Fondation de Dakar*, (Paris: Larose, 1958),10.

²⁴Sinou, *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal*, 227.

²⁵Le commerce clandestin des esclaves allait cependant se poursuivre au cours du siècle.

²⁶George E. Brooks, «Peanuts and Colonialism: Consequences of the commercialization of peanuts in West Africa, 1830-70», *The Journal of African History* 16, 1, (1975): 29. Catherine Coquery-Vidrovitch et Henri Moniot, *L'Afrique noire de 1800 à nos jours*, (Paris: Presses Universitaires de France [PUF], 2005), 6.

²⁷Sinou, *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal*, 225.

²⁸Communauté sénégalaise composée de groupes ethniques différents (ouolofs et sérers) et d'origines diverses (Djолоf, Sine, Cayor, Fouta...).

²⁹Claude Faure, *Histoire de la Presqu'île du Cap-Vert et des origines de Dakar*, (Paris: Larose, 1914), 50.

³⁰Sinou, *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal*, 82.

³¹Johnson, *Naissance du Sénégal contemporain*, 25.

africains n'hésitaient pas à augmenter les redevances ou parfois à empêcher le passage des caravanes chargées de l'arachide cultivée plus au sud³².

S'ajoutait à ces contraintes le pillage par les habitants de la presqu'île des navires naufragés dans la baie de Yoff située au nord de Dakar³³. Ainsi, dans la seconde moitié du 19^e siècle, lorsque le développement de la culture de l'arachide permit aux maisons de commerce européennes d'obtenir d'importants profits, suite à une demande de plus en plus forte en Europe de produits élaborés à partir des cultures de plantation, la conquête de Dakar comme celle des différents royaumes lieux de production et de transit de l'arachide s'imposait de plus en plus inévitable. C'est pour ces différentes raisons et dans ces conditions que, en 1857, les Français prirent véritablement pied à Dakar. Ce fut d'abord par l'achat de terrains ou par expropriation qu'ils obtinrent les espaces occupés³⁴. Certains terrains leur furent aussi concédés par leurs propriétaires lébou³⁵. En 1859, le découpage territorial des colonies françaises fut de nouveau modifié et Gorée et Dakar rattachées à la colonie désormais connue sous le nom de colonie du Sénégal³⁶.

En 1895, pour donner une unité de direction administrative et politique à leurs diverses colonies en Afrique de l'ouest, les français les avaient organisées en une fédération, l'Afrique occidentale française ou AOF, dont la composition ne se stabilisa qu'en 1919³⁷. L'administration de la Fédération fut confiée à un Gouverneur général. Représentant le gouvernement de la France, celui-ci avait autorité sur toutes les colonies qui étaient dirigées par un lieutenant-gouverneur. Celui du Sénégal remplissant en même temps la fonction de Gouverneur général, c'est la ville de Saint-Louis qui fit office de première capitale pour la colonie et servit également de siège pour le gouvernement fédéral. Toutefois, en 1902, le siège de la fédération fut transféré à Dakar qui dès lors devint le centre administratif de l'AOF.

³²Sinou, *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal*, 226.

³³Charpy, *La Fondation de Dakar*, 10.

³⁴Ousseynou Faye, «Une Enquête d'histoire de la marge: production de la ville et populations africaines à Dakar, 1857-1960», t.1, (thèse de Ph.D, Université de Dakar, 2000), 90-92.

³⁵*Ibid.*, 92.

³⁶Sinou, *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal*, 228.

³⁷Gerti Hesseling, *Histoire politique du Sénégal. Institutions, droit et société*, (Paris: Karthala, 1985), 126; Saliou Mbaye, *Histoire des institutions coloniales françaises en Afrique de l'ouest, (1816-1960)*, (Dakar: Imprimerie Saint-Louis, 1991), 26.

Figure 4. – L’AOF³⁸



De 1857 à 1957, Dakar connut une évolution qui allait lui permettre de devenir le centre économique, militaire et politique des différentes possessions françaises en Afrique de l’ouest – avant de devenir, en 1958, la capitale d’un Sénégal autonome puis indépendant. En tant que principale ville de l’AOF puis du Sénégal, la ville vit les différentes autorités qui l’ont administrée chercher à y assurer un niveau de santé irréprochable. Pour le dire autrement, et pour la période qui nous concerne, l’édification et l’organisation de services de santé à Dakar allait suivre de très près l’évolution des intérêts français dans la ville avant ceux du gouvernement sénégalais.

C’est au gré de la place que Dakar occupait au sein des colonies françaises de l’Afrique de l’ouest mais aussi en fonction de l’évolution des orientations de la politique française et de ses visées que cette ville s’est vue progressivement doter en hôpitaux et en dispensaires. Toutefois des préoccupations concernant l’hygiène et la salubrité peuvent être décelées plus tôt. Ce serait

³⁸Bibliothèque nationale de France, Catalogue Général, [En Ligne], <http://catalogue.bnf.fr>, GED-8539.

ainsi certaines préoccupations sanitaires qui auraient guidé le choix de l'orientation des rues de la ville par les officiers du Génie dès 1862³⁹. Leur objectif premier était de faciliter l'évacuation des «miasmes». Diverses mesures y furent prises pour règlementer la construction et la salubrité des maisons. En 1883, Dakar était même dotée d'un conseil de salubrité et d'hygiène publique alors que, en 1889, y était appliquée la loi française de 1850 relative à l'assainissement des logements insalubres⁴⁰.

Pour ce qui relève des services de santé à proprement parler, c'est suite à l'épidémie de fièvre jaune de 1878, qui, après s'être déclarée à Gorée, sévit sévèrement dans toute la colonie, que l'autorité sanitaire coloniale se résolut à installer une ambulance à Dakar où jusqu'alors n'existait qu'une petite infirmerie pour les troupes. L'idée qui avait présidé en 1881 à la construction de l'ambulance, petit hôpital simplifié mais outillé pour recevoir et traiter toutes les catégories de malades, était de pouvoir en cas d'alerte épidémique isoler Gorée en n'y envoyant pas les malades de Dakar⁴¹. En 1890 un hôpital colonial vit le jour. Celui-ci recevait les militaires, les fonctionnaires civils, les ouvriers européens et indigènes⁴² employés aux travaux publics -les malades européens et indigènes qui ne rentraient pas dans cette catégorie étaient dirigés vers l'hospice civil de Gorée⁴³. Deux ans plus tard, la résidence du médecin chargé du service sanitaire du second arrondissement était transférée à Dakar⁴⁴.

Au début du 20^e siècle, la création formelle de services sanitaires dans l'ouest africain français, pour éviter l'irruption d'épidémies jugées nocives pour l'économie coloniale et les transactions commerciales, fit l'objet de réclamations de plus en plus appuyée de la part des médecins français travaillant sur place⁴⁵. Le décret du 14 avril 1904 y rendait en particulier applicables les principes de la loi française sur la santé publique du 15 février 1902. L'essentiel des mesures édictées par cette loi était destiné à «réglementer la protection de la santé publique et d'armer les autorités locales des pouvoirs indispensables en vue de sauvegarder la santé des colons et des populations indigènes⁴⁶. Fut aussi instituée une Assistance médicale indigène

³⁹Sinou, *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal*, 232.

⁴⁰*Ibid.*, 189.

⁴¹Angélique Diop, «Santé et colonisation au Sénégal 1895-1914», (thèse de Ph.D., Universités Paris I et Paris VII, 1982), 20.

⁴²Le terme indigène est utilisé conformément à la terminologie de l'époque et à la documentation exploitée.

⁴³Jojo, *Dakar, essai de géographie médicale et d'ethnographie*, 47.

⁴⁴*Ibid.*, 47.

⁴⁵Léon d'Anfreville de la Salle, «Les récentes créations sanitaires de l'Afrique occidentale française», *La presse médicale*, 68, (1907): 546.

⁴⁶«Rapport au président de la République», *Bulletin du Gouvernement général de l'A.O.F.*, 5, 1904.

(AMI) organisée en 1905⁴⁷. Cette même année, un Service d'hygiène vit le jour à Dakar alors que durant l'année 1911, divers arrêtés intervinrent pour modifier, compléter ou étendre les dispositions concernant les eaux stagnantes, les maladies transmissibles, la construction et la salubrité des maisons⁴⁸. À partir de 1905, fut aussi entreprise par les autorités administratives de l'AOF l'installation de postes nouveaux d'assistance médicale⁴⁹. C'est dans ce contexte que fut créé à Dakar, un Hôpital central indigène (HCI)⁵⁰. Créé en 1912 et commençant à fonctionner en 1914, cet hôpital était destiné, comme son nom l'indique, au traitement des Africains. Il n'était pas uniquement un hôpital urbain mais une formation destinée à subvenir aux besoins de toute la fédération. Il recevait les civils mais aussi les tirailleurs sénégalais qui y furent orientés dès son ouverture, évincés par le fait même de l'hôpital colonial⁵¹.

Plusieurs paramètres entraient en ligne de compte pour expliquer la volonté de l'état colonial d'augmenter les services sanitaires. L'objectif visé au début du 20^e siècle était de diffuser les principes d'hygiène dans les centres africains afin de les rendre habitables et de rassurer l'Européen en lui offrant la certitude de trouver un médecin en cas de besoin. À la fin du 19^e siècle, les colonies françaises de l'Afrique de l'ouest étant presque entièrement pacifiées, le moment était venu de procéder à son exploitation⁵². Bien que cette dernière reposât sur la prise des ressources des colonies directement disponibles (par achat des produits cultivés, la cueillette, ou la collecte des richesses du sol immédiatement utilisables)⁵³, elle nécessitait la présence d'Européens pour l'organiser et la diriger. Mais la réputation d'insalubrité des territoires africains constituait un obstacle majeur. Pour remédier à cette situation, développer l'assistance médico-sanitaire aux populations locales s'imposait. L'assistance médicale apportée aux populations locales, en plus de faire parvenir aux Africains «des avantages résultant des progrès et des

⁴⁷«Arrêté portant création d'un service de l'assistance médicale indigène en AOF», *Journal officiel du Sénégal et dépendances*, février 1905.

⁴⁸Maurice Delrieu, «Organisation du service de santé en Afrique occidentale française», *Annales d'hygiène coloniale* 12, 23, (1914): 358.

⁴⁹Ernest Roume, *Discours d'ouverture à la Session du gouvernement*, (Saint-Louis: Imprimerie du Gouvernement, .20.

⁵⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales Fonds AOF (1763-1920), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1909, Voir aussi Latyr Badiane, «Étude d'une structure de santé: de l'Hôpital central indigène à l'Hôpital Aristide Le Dantec de 1914 à 1968 », (Mémoire de M.A, Université de Dakar, 2004).

⁵¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1763-1920), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1913.

⁵²Ernest Roume, *Discours d'ouverture à la Session du gouvernement*, (Saint-Louis: Imprimerie du Gouvernement, 1903), 3.

⁵³Jules Harmand, *Domination et colonisation*, (Paris: Flammarion, 1910), 102.

conquêtes de la science en matière d'hygiène», était également considérée comme un outil politique⁵⁴. Au moment de mettre en branle l'exploitation de l'AOF, les autorités françaises pensaient gagner la confiance des Africains par le biais des soins qu'ils pouvaient leur prodiguer⁵⁵.

C'est toutefois au lendemain de la Première Guerre, dans une perspective de *mise en valeur* des colonies françaises que la prise en charge de la santé des populations africaines se trouva au centre des préoccupations du pouvoir central. La mise en valeur consistait dans la réalité des faits en une exploitation rationnelle des richesses des territoires dominés et reposait en premier lieu sur de grands travaux de constructions⁵⁶. Elle nécessitait par extension un accroissement en nombre des populations africaines qui devaient exécuter le nouveau projet économique de la France avec efficacité, voire rentabilité. Et c'est dans ce contexte que la tuberculose apparut comme une des causes de mortalité des populations autochtones et que les autorités sanitaires françaises s'attelèrent à contrôler sa dissémination à partir de 1924 –en l'absence à l'époque de mesures préventives et curatives ciblées et efficaces.

Trente-cinq ans plus tard, malgré les avancées enregistrées dans les savoirs autour de la tuberculose et de son traitement au lendemain du second conflit mondial, malgré l'accession à l'indépendance du Sénégal qui permit à des autorités sanitaires autochtones désireuses d'améliorer la situation sanitaire de leurs compatriotes de prendre le relais, la tuberculose allait continuer à figurer parmi les principaux facteurs de morbidité et de mortalité dans les services de santé. Ce qui justifie notre volonté d'analyser, à travers d'une évaluation de l'organisation et de l'exécution des différentes mesures qui ont été prises depuis que cette maladie a attiré l'attention des autorités publiques dans les années 1920, de mettre la lumière sur les facteurs explicatifs de sa persistance à Dakar jusque dans les années 1960 et d'identifier des continuités, et pas seulement des ruptures, entre la période coloniale et post-coloniale pour mieux saisir la place actuelle de la maladie infectieuse au pays.

⁵⁴Severin Abbaticchi, *Médecins coloniaux*, (Paris: Larose, 1928), 43.

⁵⁵Gouvernement général de l'AOF, *L'assistance indigène. Exposition coloniale de Marseille*, ([s.l.] Corbeil, 1907), 21; Gouvernement Général de l'AOF, *Rapport d'ensemble 1909*, (Paris: Larose, 1913), 40.

⁵⁶Albert Sarraut, *La mise en valeur des colonies*, (Paris: Payot, 1923), 24.

B-Problématique

Notre objectif au départ était de faire une étude de la tuberculose qui s'étendrait sur tout le territoire sénégalais. Mais toute étude historique étant largement dépendante des sources disponibles, nous avons dû revoir nos ambitions. La présence de données abondantes et variées nous ont ainsi amenée à nous focaliser sur Dakar. Il faut dire que du fait de la place importante que cette dernière a occupé parmi les possessions françaises en Afrique de l'ouest, elle s'est vue accorder une attention particulière concernant la santé de ses habitants ce qui nous a semblé mériter également notre attention. De plus, la ville était perçue comme la «vitrine» de l'Afrique occidentale donc de la civilisation française. Laboratoire, lieu de tentatives et d'expériences ensuite appliquées dans les autres territoires de l'Afrique française, Dakar connut alors une histoire médicale riche qui rend intéressante une étude de l'action sanitaire qui y a été menée. La tuberculose étant une maladie sociale et par conséquent largement tributaire de l'environnement démographique mais aussi révélateur des conditions socio-économiques dans lesquelles évoluaient les populations affectées -des conditions difficiles que l'on retrouve le plus souvent dans les villes- le choix de Dakar se justifiait amplement. Des allusions seront toutefois faites à certaines localités de l'intérieur du pays pour mieux étayer la position spéciale qu'a pu avoir Dakar en ce qui a trait à son système sanitaire et la prise en charge de ses tuberculeux.

En produisant une première histoire de la tuberculose dakaroise de 1914 à 1945 il y a plus de vingt ans de cela, Marième Anna Diawara s'est certes intéressée à différentes stratégies déployées par les autorités et le corps médical français pour contenir cette maladie, à savoir la vaccination des enfants, l'isolement des tuberculeux contagieux et l'application de traitements basés sur la chirurgie, l'administration de sels d'or et d'antigène méthylique⁵⁷. Si elle fait ressortir les difficultés rencontrées dans l'exécution de ces différentes pratiques, difficultés qu'elle lie, entre autres, à l'identification tardive des malades, à l'insuffisance des effectifs et services de santé ou encore aux limites de la médecine occidentale face à la tuberculose, il n'était nullement question pour elle d'évaluer l'incidence de ces interventions sur le cours de la maladie infectieuse⁵⁸. Aussi, essentiellement centré sur les pratiques médicales autour de la tuberculose, son travail n'étudie pas les mesures sanitaires opposées à la tuberculose, pourtant principales

⁵⁷Marième Anna Diawara, «Contribution à l'histoire des maladies dites sociales au Sénégal: la tuberculose à Dakar (1914-1945)», (Mémoire de M.A, Université de Dakar, 1997),78-86.

⁵⁸*Ibid.*, 76-97.

réponses apportées à la maladie puisque les thérapies appliquées aux tuberculeux jusqu'à la découverte des médicaments antituberculeux ne permirent pas de stopper l'évolution de la maladie. S'étant limité à 1945, elle ne couvre pas non plus la période où la tuberculose devient curable grâce à la découverte de médicaments antituberculeux qui marque un tournant majeur de l'histoire de la tuberculose et de sa prise en charge.

Pour ne pas risquer d'attribuer à la situation coloniale des pratiques qui ne lui seraient pas spécifiques, et parce que le champ du médico-sanitaire ne suit pas forcément les ruptures chronologiques politiques –les hôpitaux coloniaux ont souvent été repris par les états indépendants, de même que les structures de formation, le personnel et le gros des pratiques préventives et thérapeutiques qu'on leur avait apprises-, nous avons pour notre part décidé de mener une étude sur une durée qui ne se limite pas à la période de domination de Dakar par la France. Par là même, il s'agit d'analyser le rapport de l'état africain à la médicalisation de ses administrés à une période charnière pour la prise en charge de la tuberculose, en particulier thérapeutique. Pour le dire autrement, il nous apparaissait essentiel d'analyser la période durant laquelle il est devenu théoriquement possible de lutter médicalement contre la tuberculose. Découverts dans les années 1940, les premiers médicaments antituberculeux ont été utilisés à Dakar à partir de 1950. C'est aussi à partir de 1950 qu'il devint possible de procéder, à Dakar, à une plus grande distribution de la vaccination antituberculeuse suite à la fabrication locale, par l'Institut Pasteur de la ville, d'un produit biologique capable de garder, dans les conditions atmosphériques et sur une longue durée, ses propriétés actives. Étendre ainsi notre étude au-delà des années 1950 nous permet de mieux apprécier l'incidence que ces options, préventive et thérapeutique, ont eue sur les pratiques enserrant la tuberculose des Dakarais.

Étendre l'étude jusqu'en 1969 nous permet aussi de rompre avec cette tendance de l'historiographie africaine, et sénégalaise, qui consistait à considérer la période de l'indépendance comme une période de rupture. Du fait du maintien du personnel français qui était en service dans les décennies précédentes ou d'un personnel africain qui avait été formé dans les universités françaises, des liens se sont maintenus avec l'organisation médico-sanitaire en vigueur durant la première moitié du 20^e siècle. Précisons cependant que notre ambition n'est pas d'analyser l'intervention médico-sanitaire occidentale appliquée au Sénégal durant la période coloniale en termes de «bienfaits» ou de «torts», succès ou échecs, ou de démontrer que l'état postcolonial a failli ou non à sa mission d'assurer un niveau de santé décent à ses administrés.

En commençant l'histoire de la prise en charge de la tuberculose en 1924, nous ne tentons pas non plus de soutenir qu'avant cette date cette maladie n'existait pas au Sénégal ou qu'aucune mesure n'avait été prise contre elle. Ce que l'on peut avancer toutefois, c'est qu'avant les années 1920, les autorités françaises traitaient la tuberculose sénégalaise comme une maladie infectieuse parmi tant d'autres. C'est à partir de 1924 seulement, avec les premières administrations du vaccin BCG (pour Bacille-Calmette-Guérin), que furent prises des mesures spécifiques de lutte contre cette maladie. Quant à l'année 1969, c'est celle où fut lancée la dernière tentative de structuration de la lutte contre l'infection bacillaire à Dakar, avec le «Projet Sénégal 19», avant l'entame de démarches qui allaient mener à la création du programme sénégalais de lutte antituberculeuse. Au-delà de ces bornes chronologiques, d'autres moments sont à souligner. Le premier se situe en 1948 alors que les conditions de lutte contre la tuberculose sont appelées à se renouveler, marquées par la découverte et la diffusion des antibiotiques et la fabrication à Dakar d'un vaccin BCG lyophilisé. Ces deux avancées majeures allaient non seulement entraîner des mutations dans l'implication de certaines catégories du corps médical tels les médecins dans l'action contre l'infection bacillaire mais aussi, elles furent à l'origine de changements dans les lieux de la prise en charge de la maladie et permirent une plus grande médicalisation de la société dakaroise.

Pour autant, il ne s'agit pas de réduire notre réflexion dans la durée à ces transformations techniques. Cette période fut aussi marquée, du fait de la loi Lamine Gueye de 1946 qui attribuait la citoyenneté à tous les Africains, par une reconfiguration des relations de pouvoir entre l'état colonial et une majorité de la population habitant Dakar. Ce qui allait avoir comme conséquence une moindre soumission des Africains à l'administration sanitaire coloniale qui allait par le fait même chercher à reconfigurer les modalités d'exécution de la lutte contre la tuberculose, à Dakar en particulier. Second moment d'importance: 1960, année d'accession à l'indépendance du Sénégal. Cette évolution politique, en ayant des conséquences sur les possibilités aussi bien financières que techniques et humaines du Sénégal à faire face aux défis de l'indépendance, allait entraîner une plus importante implication d'acteurs étrangers. Et le rôle important joué par ces derniers allait largement entamer l'autonomie de décision et d'action du jeune état dont en matière de gestion de la maladie.

Pour mener à bien cette étude, notre attention s'est portée aussi bien sur les différents plans de lutte antituberculeux exécutés à Dakar ainsi que sur les rôles joués par les acteurs qui

intervenait dans leur conception, leur exécution et leur réception. L'action contre la tuberculose à Dakar, entre 1924 et 1969, ne reposa pas uniquement sur l'application de mesures préventives (vaccination par le BCG) et thérapeutiques (antibiothérapie) individualisées. Elle fut également marquée par la volonté des autorités et du personnel sanitaire, coloniales puis nationales, d'instituer des normes d'hygiène censées limiter les risques de dissémination du bacille tuberculeux. Fut même envisagée à différentes périodes l'application de mesures sociales à savoir l'amélioration des conditions de vie ou de travail des populations dakaroises, reconnues comme des facteurs décisifs de l'extension de la maladie dans une société donnée. Ces différentes stratégies revêtirent cependant une valeur différente et inégale selon la période dont on parle. Il ne s'agit en l'occurrence pas de se centrer sur l'impact de chaque type de mesure sur le cours de la tuberculose à Dakar. Il s'agit bien davantage de mettre en évidence les logiques qui soutendirent les stratégies mobilisées pour contenir son extension, de montrer comment ces dernières ont mué ou se sont parfois superposées et avec quelle portée. Nous envisageons aussi de voir en référence à quels savoirs et à quelles pratiques ont été opérés les choix concernant les mesures opposées à la tuberculose afin de mieux évaluer la pertinence des choix faits et de voir s'ils concordaient avec les conditions techniques et humaines qui existaient à Dakar.

L'organisation de ces stratégies et la façon dont elles ont été exécutées n'ont pas été uniquement définies par les autorités sanitaires ou administratives ni seulement exécutées par le personnel médical en poste dans la ville. Ce sont en fait, un ensemble de facteurs (socio-économiques, humains, techniques) et d'acteurs qui ont interagi pour déterminer les mesures à appliquer de même que les cibles sur lesquelles devaient porter l'action entreprise. Ces réalités, dont l'importance a pu émerger grâce à notre volonté de nous pencher sur la distance entre les intentions et les gestes posés, nous a amenée à nous intéresser tant aux décisionnaires (autorités administratives et sanitaires, mais aussi Pastorien, personnel d'organismes internationaux) et à ceux qui exécutaient les plans établis (le personnel médical et non-médical) et les populations (malades ou non), réceptacles des différentes mesures médico-sanitaires. L'objectif n'est pas d'opposer colonisé et colonisateur ou praticien et patient ou encore état et praticiens mais plutôt de saisir à la fois les positionnements de chaque catégorie face à la gestion de la santé de manière générale et les mesures prises pour lutter contre la tuberculose en particulier.

Pour les autorités administratives et sanitaires, partant du postulat que c'était en fonction de la place que la santé de manière générale occupait dans leurs projets socio-économiques

qu'étaient définis l'importance qu'il fallait accorder à la tuberculose ainsi que les moyens à mobiliser, nous avons essayé de porter une attention particulière aux plans de développement économique et social des gouvernements en place dans la durée étudiée. Il fallait aussi prendre en considération les ressources aussi bien financières que techniques et humaines dont ils disposaient car ceux-ci participent à expliquer la nature des moyens déployés contre la tuberculose ainsi que les variations de l'action dans l'espace et dans le temps. Une pareille démarche permet de mieux saisir les rationalités qui ont conduit à une prise en considération ou non du problème de la tuberculose. Le fait que, à partir de la fin des années 1940, les autorités françaises n'allaient plus être les seuls à définir l'organisation de la lutte contre la tuberculose à Dakar posent des questions particulières et souvent obliérées.

En fait, on assiste au lendemain de la Seconde Guerre à une intervention croissante d'organisations qui s'étaient engagées à soutenir et coordonner la gestion des maladies à travers le monde telles l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ou encore, l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UICTMR). Autorités et personnel médical français, tout en voulant limiter une ingérence de ces organismes, allaient s'inspirer des expériences menées par ces organisations pour structurer leur propre plan de lutte contre la tuberculose à Dakar. Avec l'implication de ces acteurs internationaux dans la construction de programmes locaux de lutte contre les maladies, s'est posée la question de savoir jusqu'où les états bénéficiaires de leur aide étaient souverains dans la construction de leur politique sanitaire nationale⁵⁹. Il reste en outre à évaluer les rôles de ces organismes dans la mise en œuvre d'une politique sanitaire sénégalaise au sein de laquelle différents modèles de gestion thérapeutique et du «citoyen tuberculeux» ont été envisagés, voire appliqués, parfois issus d'autres pays en développement⁶⁰. Convaincue qu'une compréhension de l'action entreprise contre la tuberculose ne peut se faire sans une prise en considération du rôle joué par ces organisations nous avons entrepris d'analyser les rapports que les gouvernants ont entretenus avec eux ainsi que la façon dont s'est traduite l'assistance qu'ils ont apportée aux pouvoirs publics qui officiaient à Dakar.

⁵⁹Steven Palmer, *Launching global health. The Caribbean odyssey of the Rockefeller Foundation*, (Ann Arbor: University of Michigan Press, 2010); Didier Fassin, «L'internationalisation de la santé: entre culturalisme et universalisme», *Esprits*, 229, (1997): 83-105; John Farley, *To cast out disease. A history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*, (New York: Oxford University Press, 2004).

⁶⁰Sunil Amrith, «In search of a 'magic bullet' for tuberculosis: South India and beyond: 1965-1965», *Social History of Medicine* 17, 1, (2013):113-130.

Pour avoir produit et fabriqué des vaccins antituberculeux qui pouvaient être utilisés dans les conditions qui prévalaient en Afrique de manière générale et à Dakar en particulier mais aussi pour avoir participé à initier le personnel de santé local à l'identification et à la prévention de la maladie, l'Institut Pasteur de Dakar mérite qu'une attention particulière lui soit accordée. Ouvert à Saint-Louis en 1896, un laboratoire de microbiologie⁶¹ était transféré à Dakar dix-sept ans plus tard, en 1913, qui abritait tous les services bactériologiques fédéraux de l'AOF. Huit années plus tard, il devenait Institut de biologie. Ce changement de dénomination n'eut cependant aucune incidence sur son fonctionnement. Il fallut attendre 1923 pour qu'une mutation notoire soit enregistrée. Dans un effort d'obtenir plus d'autonomie pour ses activités, fut négocié avec le Gouvernement général une Convention qui allait faire de l'Institut une filiale de l'Institut Pasteur de Paris, au même titre que d'autres Instituts Pasteur d'outre-mer⁶². La Convention fut approuvée le 19 décembre 1923 et, le 1^{er} janvier 1924, elle entra en vigueur⁶³. Elle faisait de l'Institut une filiale qui allait consacrer ses efforts à des recherches intéressant l'Afrique occidentale et qui allait rester à la disposition du Gouverneur général pour toute mission scientifique que ce dernier jugerait utile de lui confier⁶⁴. L'Institut a ainsi travaillé à définir les franges de la population dakaroise qu'il fallait vacciner et mené différents essais avec le vaccin BCG, ce qui en fit un acteur majeur de la construction et de l'exécution des mesures destinées à contenir la tuberculose à Dakar.

Ce qui a aussi retenu notre attention c'est l'impact des jeux de pouvoir qui se jouaient entre praticiens et administration sanitaire sur le discours et les pratiques autour de la tuberculose. Nous avons donc entrepris de voir comment ces tensions ont pu se manifester ou impacter le discours et les pratiques autour de la tuberculose car nous pensons que les positionnements du corps médical par rapport au programme sanitaire et médical global et par rapport à la

⁶¹Émile Marchoux, «Fonctionnement du laboratoire de microbiologie de Saint-Louis (Sénégal) et note sur la dysenterie des pays chauds», *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, 3, (1900):119.

⁶²Voir, Anne Marie Moulin, «Patriarchal science: The network of the overseas Pasteur Institutes», dans *Science and empires. Historical studies about scientific development and European expansion*, Patrick Petitjean, Catherine Jami et Anne Marie Moulin éd. (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992), 307-322; Laurence Monnais, «Preventive medicine and "Mission civilisatrice"», *International journal of Asia Pacific studies* 2,1, (2006):40-66; Marie-France Laberge, «Les instituts Pasteur du Maghreb: la recherche médicale dans le cadre de la politique coloniale», *Revue française d'histoire d'outre-mer* 74, 274, (1987): 27-42; Jean-Pierre Dédet, *Les Instituts Pasteur d'outre-mer: cent ans de microbiologie française dans le monde*, (Paris: L'Harmattan, 2001).

⁶³Constant Mathis, *L'œuvre des Pasteuriens en Afrique noire, Afrique occidentale française*, (Paris: PUF, 1946), 22-23.

⁶⁴Jules Carde, *Discours à l'ouverture de la session du conseil du gouvernement*, (Gorée: Imprimerie du gouvernement, 1924), 20.

tuberculose mais aussi leurs relations avec les autorités sanitaires interagissaient pour définir leur implication dans la lutte contre la tuberculose. De plus, une telle approche nous permet d'éviter de considérer le personnel de santé comme servant uniquement le pouvoir en place. De fait, il ressort des données que nous avons analysées que des médecins mus par des intérêts parfois divergents de ceux de l'État colonial ou parfois en désaccord avec la politique sanitaire mise en place ou le rôle qui leur a été assigné se sont à l'occasion montrés moins conciliants, confirmant ainsi qu'il faut prendre ses distances avec une conception de la médecine coloniale appliquée comme étant soumise entièrement aux besoins et directives d'un gouvernement en place.

Rejoignant les chercheurs qui conçoivent la médicalisation comme lieu de négociations⁶⁵ et considérant par conséquent que la latitude avec laquelle les Dakarois pouvaient se soustraire ou non aux mesures sanitaires instituées à Dakar participaient à définir leurs comportements face à la médecine occidentale et à pousser autorités et personnel de santé à parfois ajuster leur programme médico-sanitaire, nous nous sommes intéressée aux attitudes de ces derniers face aux actions menées par le personnel de santé pour contenir la tuberculose. Les relations qu'ils entretenaient avec le pouvoir central étant ainsi déterminantes, une attention va ainsi être portée à l'évolution de leurs droits politiques.

En pensant le problème de la tuberculose et sa gestion comme relevant de facteurs aussi bien médicaux que socio-économiques mais aussi en nous intéressant aux rapports des patients à la maladie tuberculeuse et aux différentes mesures qui lui ont été opposées nous inscrivons cette thèse dans ce que Linda Bryder, Flurin Condrau et Michael Worboys ont dénommé la «nouvelle histoire de la tuberculose»⁶⁶. Cette dernière se caractérise par une approche qui consiste à ne pas se focaliser uniquement sur les avancées obtenues par la science médicale sur le contrôle de la maladie mais qui prend aussi en compte les interventions sanitaires et sociales qui ont été menées pour contenir la maladie et analyse l'expérience des populations (malades ou non)⁶⁷.

⁶⁵Parmi les principales références en la matière citons : Olivier Faure, «La médicalisation vue par les historiens», dans *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas* Pierre Aiach et Daniel Delanoe, dir. (Pari., Economica, 1998), 65; Flurin Condrau, «Beyond the total institution: towards a reinterpretation of the tuberculosis sanatorium», dans *Tuberculosis then and now: perspectives on the history of an infectious disease*, Flurin Condrau et Michael Worboys, éd. (Montréal: McGill Queen University Press, 2010), 71-99; Deborah Lupton, «Foucault and the medicalisation critique», dans *Foucault health and medicine*, Alan Petersen et Robin Bunton, éd. (London: Routledge, 1998) 94-111; Warwick Anderson, *Colonial pathologies. American tropical medicine, race, and hygiene in the Philippines*, (Durham: Duke University Press, 2006); Linda Brider, Flurin Condrau, Michael Worboys, «Tuberculosis and its histories: then and now», dans *Tuberculosis Then and Now: perspectives on the History of an Infectious Disease*, Flurin Condrau, Michael Worboys, éd. (Montréal: McGill-Queen's University Press, 2010), 8.

⁶⁶Brider, Condrau, Worboys, «Tuberculosis and its histories», 3.

⁶⁷Brider, Condrau, Worboys, «Tuberculosis and its histories», 8.

1. Histoire de la médecine et de la santé au Sénégal

Les premiers travaux qui ont porté sur la santé au Sénégal furent l'œuvre de médecins européens soucieux de préparer leurs jeunes collègues qui devaient venir y servir ou encore pour offrir à leurs compatriotes des outils de survie dans une région jugée particulièrement inhospitalière pour les Occidentaux⁶⁸. Ce n'est qu'à la fin des années 1970 et au début des années 1980, dans un contexte de réorientation de l'écriture de l'histoire sénégalaise, que des historiens de l'École de Dakar se sont progressivement saisis de l'écriture de l'histoire de la médecine et de la santé de leur pays. Le caractère somme toute assez récent de cette historiographie n'est pas à proprement parler spécifique au Sénégal; il peut s'expliquer par différents facteurs dont la primauté donnée par les premières générations de chercheurs, et en particulier d'historiens, à des travaux portant sur les questions politiques⁶⁹. Dès les années 1950, des historiens sénégalais désireux de participer au mouvement de libération nationale s'étaient engagés, pour détruire l'idéologie coloniale qui niait toute participation des Africains en général à l'élaboration d'un patrimoine civilisationnel, à ériger le passé des sociétés sénégalaises en lieu de puisage de faits infirmant le discours d'infériorisation du Noir⁷⁰. Ce ne fut qu'au tournant des années 1970, suite à une stagnation économique consécutive aux contre-performances de l'économie arachidière⁷¹, que s'était faite une nouvelle orientation historiographique avec des chercheurs qui voulaient se distancier de «l'histoire des gloires» et accorder de plus en plus attention aux facteurs qui remettaient en question l'avenir économique et social du pays⁷².

⁶⁸Jean P. Thévenot, *Traité des maladies des européens dans les pays chauds et spécialement au Sénégal*, (Paris: J.B. Baillière, 1840); Alfred Borius, *Les maladies du Sénégal: topographie, climatologie et pathologie de la partie de la côte occidentale d'Afrique comprise entre le Cap blanc et le Cap Sierre Léone*, (Paris: J.B. Baillière et fils, 1882); Laurent J.B. Bérenger Féraud, *Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal*, (Paris: Adrien Delahaye et Cie, 1875); Mathis, *L'œuvre des Pastoriens en Afrique noire, Afrique occidentale française*, (Paris: PUF, 1946).

⁶⁹Pour le retard dans la prise en charge des questions sanitaires en Afrique, voir Karl David Patterson, Gerald H. Hartwig, «The disease factor: an introductory Overview», dans *Disease in African, history: An introductory survey and case studies*, Mario Joaquim, Gerald W. Hartwig et Karl David Patterson eds. (Durham: Duke University Press, 1978) ; Élikia M'Bokolo, «Histoire des maladies, Histoire et maladie: l'Afrique», dans *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Marc Auge et Claudine Herzlich édts. (Paris: Archives contemporaines, 1984), 155-185.

⁷⁰Boubacar Barry, *La Sénégambie du XVe au XIXe siècle: traite négrière, Islam et conquête coloniale*, (Paris: L'Harmattan, 1988), 17-18; Abdoulaye Bathily, *Les portes de l'or, Le royaume de Galam (Sénégal) de l'ère musulmane au temps de négriers (VIIIe XVIIIe siècle)*, (Paris: L'Harmattan, 1989), 8; Faye, «Une enquête d'histoire de la marge», 6.

⁷¹Faye, «Une enquête d'histoire de la marge», 9.

⁷²Bathily, *Les portes de l'or*, 9; Faye, «Une enquête d'histoire de la marge», 10; Aimée Grimaud Houmeavo, «Les médecins africains en AOF: étude socio-historique sur la formation d'une élite coloniale», (Mémoire de M.A., Université de Dakar, 1978), 86.

D'autres historiens sénégalais, se réclamant de l'École des Annales, ont pour leur part voulu se lancer dans la production d'une histoire totale visant tous les aspects de la vie dont la santé⁷³. C'est dans ce contexte que fut entreprise une écriture de l'histoire de la médecine et de la santé qui allait se démarquer de celle faite jusqu'alors par les médecins français. Prenant le contre-pied d'une tendance des médecins qui cherchaient à montrer que la médecine occidentale était une œuvre humanitaire s'érigea une autre façon de faire l'Histoire, destinée à montrer que l'action médico-sanitaire était plutôt mue par les besoins aussi bien économiques que politiques de l'état colonial⁷⁴. Ce seraient ainsi, selon Angélique Diop qui s'est intéressée aux premières phases de l'organisation d'une œuvre médico-sanitaire française au Sénégal, pour protéger ses intérêts commerciaux que la France se serait attachée à améliorer l'hygiène et la santé dans les villes coloniales⁷⁵. Mor Ndao abonde dans le même sens en liant la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant au Sénégal à partir des années 1930, au besoin de l'administration coloniale de préserver une population active qui allait servir à l'œuvre d'exploitation de la colonie⁷⁶.

Les contextes socio-culturels, politiques et économiques dans lesquelles émergeaient les pathologies ainsi que l'incidence de ces dernières sur l'organisation sociale et économiques des sociétés étudiées ont ainsi été analysées, permettant aux historiens de Dakar de montrer les aspects négatifs de la colonisation. Certains chercheurs montrèrent ainsi que l'intrusion française et les changements apportés par cette présence (mouvements de populations, promiscuité dans les villes) ont participé à faciliter l'extension de certaines maladies et que la médecine occidentale, ne disposait pas toujours des moyens nécessaires pour contenir les pathologies «exotiques»⁷⁷. De par la mortalité engendrée et la déstructuration de certaines sociétés qu'elle entraîne, la maladie

⁷³Adama Ali Pam, «Contribution à l'histoire de la santé. Les pathologies cholériques dans la vallée du fleuve Sénégal: l'épidémie de 1868-1869», (Mémoire de M.A., Université de Dakar, 1996), 4; Mamadou Moustapha Dieng, «Famine-disette et épidémies dans la basse et moyenne vallée du fleuve Sénégal de 1854 à 1945», (Thèse de Ph.D., Université de Dakar, 1992), 7; Maodo Guéye, «Étude des épidémies à Dakar (1900-1945) », (Mémoire de M.A., Université de Dakar, 1995); Awa Ndoye, «Contribution à l'histoire de la santé. Les pathologies cholériques dans les villes de Dakar et de Gorée au XIXe siècle: les épidémies de 1869 et 1893», (Mémoire de M.A., Université de Dakar, 1999); El hadji Mamadou Mbaye, «Étude d'une profession de santé: les infirmiers du Sénégal de 1889 à 1968», (Mémoire de M.A., Université de Dakar, 2002).

⁷⁴Diop, «Santé et colonisation au Sénégal 1895-1914», (1982); Adama Aly Pam, «Fièvre jaune et choléra au Sénégal: Histoire des idées, pratiques médicales et politiques officielles entre 1816 et 1960», (Thèse de Ph.D., Université de Dakar, 2005); Mor Ndao, «L'alimentation et la santé des enfants dans le Sénégal colonial, 1905-c. a 1960», 2 tomes, (Thèse de doctorat d'état, Université de Dakar, 2011) ».

⁷⁵Diop, «Santé et colonisation au Sénégal 1895-1914», 130.

⁷⁶Mor Ndao, «Colonisation et politique de santé maternelle et infantile au Sénégal (1905-1960)» *French Colonial History* 9, (2008): 194.

⁷⁷Pam, «Fièvre jaune et choléra au Sénégal», 60-69; Dieng, «Famine-disette et épidémies dans la basse et moyenne vallée du fleuve Sénégal», 55.

est aussi présentée comme facteur de régression démographique et comme ayant des effets dépressifs sur l'économie en diminuant la force de travail disponible⁷⁸.

Certains historiens dakarois ont également cherché à expliquer les attitudes des Sénégalais face à la médecine occidentale et ont montré que leurs réticences à son endroit étaient moins liées à leur ignorance de ses «bienfaits» qu'aux limites des mesures thérapeutiques proposées face à certaines pathologies ou tout simplement parce qu'ils préféraient recourir aux thérapeutiques et remèdes locaux⁷⁹. La contribution des Africains à leur médicalisation a aussi été examinée. Des historiens ont ainsi montré que dans l'impossibilité de faire exécuter les différentes mesures sanitaires destinées à contenir l'extension de certaines épidémies, les autorités françaises ont eu recours à l'assistance des Sénégalais. Maodo Gueye dévoile ainsi le rôle joué par les chefs politiques et religieux dakarois dans différentes actions sanitaires menées à Dakar⁸⁰. Selon lui, lors de l'épidémie de peste qui s'abattit sur la ville en 1914 et suite au désarroi des Français qui ne parvenait pas à faire respecter les mesures de prévention *ad hoc*, Blaise Diagne, premier député africain de Dakar, aurait travaillé à convaincre les Dakarois d'accepter de se faire vacciner et d'évacuer les villages contaminés⁸¹. Des travaux ont aussi porté sur le personnel médico-sanitaire africain. Les raisons qui ont présidé à leur intégration parmi les acteurs des politiques sanitaires de la France au Sénégal ont ainsi été analysées de même que les tâches qui leur ont été dévolues. L'insuffisance du personnel européen, la quête d'une plus grande proximité avec les populations locales ont ainsi été identifiées comme des facteurs explicatifs⁸². Pour ces chercheurs, la médicalisation des Africains n'aurait qu'au mieux pu connaître un succès sans l'implication de ce personnel local qui, en tant qu'agent de propagande et d'exécution, ont facilité l'adhésion des populations locales⁸³. Mais au-delà d'une analyse des facteurs qui expliquaient l'association d'un personnel local à l'exécution des différents programmes sanitaires de la France, les historiens sénégalais ont également cherché à rendre compte des relations conflictuelles qui pouvaient exister entre les différentes catégories du corps médical qui officiaient au Sénégal ou entre le personnel et les populations locales.

⁷⁸Dieng, «Famine-disette et épidémies dans la basse et moyenne vallée du fleuve Sénégal», 55-56; Pam, «Contribution à l'histoire de la santé», 8-9.

⁷⁹ Pam, «Fièvre jaune et choléra au Sénégal», 86; Gueye, «Étude des épidémies à Dakar», 44.

⁸⁰ Guéye, «Étude des épidémies à Dakar», 13.

⁸¹*Ibid.*, 14-17.

⁸² Mbaye, «Étude d'une profession de santé: les infirmiers du Sénégal», 9; Guéye, «Étude des épidémies à Dakar», 21.

⁸³ Ngoné Gueye, «Étude d'une profession: les sages-femmes du Sénégal de 1918 à 1968», (Mémoire de M.A, Université de Dakar, 2003), 34.

De fait, un des reproches faits à l'historiographie des années 1960 est que celle-ci aurait, substitué à la «légende noire» propre à l'historiographie coloniale, une «légende dorée» faite de récits hagiographiques qui minimisaient, ou occultait carrément, les contradictions internes des sociétés locales⁸⁴. Plusieurs chercheurs ont en conséquence décidé de prendre le contre-pied de ces récits hagiographiques et de leur opposer un retour minutieux sur les faits historiques et leur analyse⁸⁵. Ils n'ont ainsi pas hésité à faire la lumière sur la conflictualité interne aux sociétés locales. Pour s'inscrire en phase avec cette tendance, les historiens qui se sont intéressés à la santé, ont essayé de mettre en lumière les confrontations qui se sont manifestées autour de l'exécution de l'œuvre médico-sanitaire. Ainsi, Ngoné Gueye a-t-elle fait ressortir comment l'âge, la langue ou l'ethnie pouvait constituer une barrière entre les sages-femmes africaines et les femmes auprès desquelles elles devaient intervenir. Habituees à être assistées par des matrones âgées, jugées expérimentées, certaines femmes ne pouvaient concevoir d'accoucher sous la supervision de sages-femmes certes éduquées (à l'occidentale) mais jeunes⁸⁶. Aimée Grimaud a mis pour sa part en évidence les tensions qui existaient entre les médecins africains et les infirmiers ou les aides-médecins africains qui les considéraient comme des concurrents⁸⁷. Elle a simultanément levé le voile sur les «brimades et vexations» que tous subissaient de la part de médecins européens⁸⁸.

C'est dans la prolongation de ces travaux qui cherchent à *décoloniser* l'histoire de la médecine et de la santé au Sénégal que s'inscrit notre thèse. Celle-ci cherche également à analyser les représentations et les rôles joués par les populations sénégalaises et particulièrement dakaroise dans l'œuvre médico-sanitaire menée dans l'enceinte de la ville entre 1924 et 1969. En essayant de montrer les corrélations qui existaient entre les projets socio-économiques de la France et la prise en charge de la tuberculose, ce travail de recherche participe à confirmer que les autorités médicales n'étaient pas uniquement mues par des visées humanitaires. Il s'agit toutefois pour nous d'aller plus loin en montrant également le rôle décisif joué par le personnel médical européen dans cette même action sanitaire, des textes au terrain. Si ce dernier n'est pas perdu de vue dans les multiples travaux portant sur la santé et la maladie, il ressort souvent qu'il

⁸⁴ Bathily, *Les portes de l'or, Le royaume de Galam*, 9.

⁸⁵ Faye, «Une enquête d'histoire de la marge», 10.

⁸⁶ Gueye, «Étude d'une profession: les sages-femmes du Sénégal», p.26-28.

⁸⁷ Aimée Houémavo Grimaud, «Les médecins en AOF: étude socio-historique de la formation d'une élite coloniale», Mémoire de M.A, Université de Dakar, 1979), 97.

⁸⁸ *Ibid.*, p.97-99.

est présenté comme un simple instrument des pouvoirs publics, chargé d'assurer le fonctionnement des services de santé⁸⁹. Or, ce personnel a participé activement à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de gestion des maladies à Dakar; il a su parfois aussi prendre des initiatives pour révéler les maux dont souffraient les populations locales ou pousser les autorités sanitaires à améliorer le sort des Africains.

L'essentiel des travaux des historiens de la médecine et de la santé de Dakar se sont longtemps limités à la période coloniale. Des études ont certes porté sur l'analyse de l'action médico-sanitaire au Sénégal durant la période après indépendance. Ngoné Gueye s'est ainsi intéressée à l'organisation du cadre des sages-femmes dans les années 1960, montrant les changements survenus dans les textes ou les structures nouvelles de formation mises en place⁹⁰. Latyr Badiane s'est, pour sa part, penché sur l'organisation et le fonctionnement de l'Hôpital central africain (ex Hôpital central indigène, devenu en 1954 Hôpital Aristide Le Dantec) et a montré que bien qu'il y'ait eu une «sénégalisation» progressive de l'administration de l'hôpital, les Européens demeuraient à la tête des services médico-techniques⁹¹. Toutefois, ce qui manque à ces travaux c'est une analyse des rapports de l'état en place avec la gestion de la santé des Africains ainsi que les attitudes de ces derniers face aux nouvelles autorités.

Ceci étant, ce n'est pas uniquement durant la période coloniale qu'une corrélation s'établit entre politique sanitaire et politique économique et sociale. Il est d'ailleurs intéressant de voir comment dans un contexte d'indépendance les populations locales répondent aux différentes initiatives prises par des autorités sensées partager les mêmes valeurs qu'eux. Aussi, les facteurs socio-économiques tels la promiscuité dans les villes, les mouvements de populations vers les centres urbains continuent à définir le cours des maladies; les populations poursuivent également leur quête de meilleurs services de santé, quitte parfois à ne pas respecter les directives de l'administration sanitaire. S'y ajoutent le maintien de praticiens français dans les différents services de santé de Dakar et leur implication dans la formation des futurs médecins sénégalais à partir de 1960. La pertinence de s'intéresser au postcolonial dans l'analyse de l'action médico-sanitaire au Sénégal n'est dès lors plus à démontrer mais à révéler avec nuance.

⁸⁹Gueye, «Étude des épidémies à Dakar», 15.

⁹⁰Gueye, «Étude d'une profession: les sages-femmes du Sénégal», 66-68.

⁹¹ Latyr Badiane, «Étude d'une structure de santé: de l'Hôpital central indigène à l'Hôpital Aristide Le Dantec de 1914 à 1968», (Mémoire de M.A, Université de Dakar, 2004), 66-74.

2. Les interventions autour de la tuberculose dans l'historiographie

Partant du principe que la tuberculose aurait enregistré un recul bien avant la découverte de la chimiothérapie et même de celle d'un vaccin, et rappelant les limites des traitements de la maladie au 20^e siècle, des auteurs tels que le médecin et historien Thomas McKeown et l'essayiste Ivan Illich, l'un des plus fameux détracteurs de la médecine moderne, ont soutenu que l'action proprement médicale n'aurait pas eu une incidence majeure sur le recul de la tuberculose dans le monde. Illich attribue essentiellement le recul de cette dernière à la baisse de la virulence du germe tuberculeux, à l'amélioration des conditions de logement mais, surtout, à une plus grande résistance individuelle due à l'amélioration de la nutrition⁹². McKeown, son contemporain, abonde dans ce sens. A son avis, l'amélioration de la santé en général est due non à l'intervention dans le fonctionnement de la machine qu'est le corps mais plutôt à l'intervention dans l'environnement dans lequel opère ce même corps⁹³. Pour lui, c'est l'amélioration de la diète et de la nutrition résultant de l'amélioration des conditions économiques qui serait à l'origine du recul de maladies comme la tuberculose⁹⁴. Leurs thèses, relativement proches, et avancées à une époque où il est de bon ton de cesser d'encenser le progrès de la médecine occidentale/moderne/scientifique⁹⁵, ont été depuis maintes fois contestées.

Pour le spécialiste de géographie historique Matthew Gandy, il serait difficile d'attribuer uniquement la réduction de la mortalité par tuberculose à l'amélioration de la nutrition et des standards de vie⁹⁶. De son avis, les mesures de santé publique dont Thomas McKeown néglige la signification ont aussi contribué au recul de la tuberculose⁹⁷. Selon l'historien Simon Szreter, l'analyse de Thomas McKeown est trompeuse⁹⁸. En se basant sur les données quantitatives utilisées par celui-ci, il montre lui aussi que ce sont les mesures de santé publique plutôt que

⁹²Ivan Illich, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, (Paris: Seuil, 1975), 22-23.

⁹³Thomas McKeown, *The role of medicine: Dream mirage, or Nemesis?*, (London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976), 3.

⁹⁴*Ibid.*, 61-69.

⁹⁵Nous ne nous lancerons pas sur une discussion sur ces expressions que nous allons utiliser de façon interchangeable. Toutefois, nous privilégierons celle de médecine occidentale.

⁹⁶Matthew Gandy, «Life without germs: Contested episodes in the history of tuberculosis in the return of white plague», dans *The return of the white plague. Global poverty and the 'new' tuberculosis*, Matthew Gandy et Alimuddin Zumla éd. (London et New York: Verso, 2003), 24.

⁹⁷*Ibid.*, 24-33.

⁹⁸Simon Szreter, «Mortality decline c.1850-1914: A re-interpretation of the role of public health», *Social history of medicine* 1, 1, (1988): 2.

l'amélioration de la nutrition consécutive à des standards de vie améliorées qui seraient à l'origine de la baisse de mortalité durant la période étudiée par McKeown⁹⁹. Ces analyses contradictoires, au-delà des repères quasi idéologiques qu'elles laissent transpirer, révèlent la complexité de la gestion de cette maladie infectieuse et le fait que plusieurs questions restent encore sans réponse. Ce qui a participé à renforcer notre volonté de nous intéresser aux différents types d'interventions autour de cette maladie à Dakar et d'analyser leur évolution en fonction des savoirs sur la tuberculose et des moyens dont disposaient les autorités sanitaires en charge de sa gestion.

3. Méthodologie, sources et plan

Afin de mieux saisir l'orientation donnée à la lutte contre la tuberculose par les autorités publiques dakaroises, nous avons cherché d'abord à voir comment ils appréhendaient le problème de la tuberculose à travers une analyse de leurs discours. Nous nous sommes également intéressée aux différents moyens qu'ils ont mis au service du Département de la santé pour lui permettre de juguler le problème de la tuberculose. Pour voir l'influence des organismes internationaux dans l'élaboration de la lutte contre la tuberculose, nous avons cherché les référents avancés par les autorités sanitaires pour expliquer les choix faits quant aux mesures mobilisées. Nous les avons mis en rapport avec les recommandations de ces organisations. Les correspondances échangées avec ces organismes ou les rapports rédigés par ces derniers et qui portent sur les missions faites au Sénégal ont aussi été analysés. Une attention a aussi été accordée au positionnement des individus envoyés par les organismes dans l'élaboration de la forme à donner à la lutte contre la tuberculose.

Regardant le personnel, nous ne nous sommes pas épanchée sur le contenu de la formation en tant que tel, puisqu'elle a déjà été largement étudiée par les historiens, mais plutôt sur le rôle qui revient à chaque catégorie que ce soit européen ou sénégalais ou encore masculin ou féminin dans la lutte contre la maladie infectieuse. Le personnel a ainsi été considéré dans sa globalité et son rôle analysé en rapport avec le savoir qu'il détient (connaissances sur la tuberculose ou sur les malades). Concernant les populations dakaroises, nous avons essayé de voir concrètement les attitudes qu'ils ont adoptées face aux différentes mesures arrêtées par le

⁹⁹Szreter, «Mortality decline c.1850-1914: A re-interpretation of the role of public health», 15-33.

Département de la santé pour lutter contre la tuberculose. Pour atteindre ces objectifs, nous avons utilisé différents types de documents.

Pour la période coloniale, nous nous sommes appuyée sur des archives déposées aux Archives nationales de Dakar, au Centre des archives d'outre-mer d'Aix-en-Provence, au Pharo à Marseille et aux Archives de l'OMS à Genève. Constitués de rapports des services de santé et de l'Institut Pasteur, de correspondances, de textes officiels (circulaires, instruction, décrets, arrêtés) relatifs à la lutte contre la tuberculose, de procès-verbaux de réunions ou de débats à l'assemblée nationale mais aussi de compte-rendu de conseils de gouvernements, des discours des gouverneurs généraux et de rapports techniques, ces riches fonds ont été incontournables pour la réalisation de notre étude. Ils nous ont ainsi livré des informations relatives aux mesures préventives et thérapeutiques appliquées à la tuberculose, aux modalités d'approvisionnement de la ville en médicaments antituberculeux. Nous y retrouvons aussi des notes relatives aux essais portant sur les médicaments antituberculeux. Les informations recueillies dans ces archives nous permettent de voir comment autorités et personnel de santé ont appréhendé le problème de la tuberculose et celui des tuberculeux. A travers les rapports des chefs de services de santé ou les correspondances échangées entre les différents acteurs de la santé, il est ainsi possible de saisir le discours et les positionnements de différents acteurs impliqués dans la gestion de la tuberculose.

Ces documents permettent de saisir la place attribuée à la tuberculose dans la politique sanitaire mais aussi servent à suivre les mesures prises ainsi que leur exécution aussi bien à l'intérieur des services de santé qu'en dehors, dans les concessions des Africains ou dans les écoles. Ils nous livrent ainsi des informations sur la vaccination antituberculeuse, les mesures sanitaires et médicales opposées à la tuberculose. Ils nous donnent une idée sur la mortalité et la morbidité par tuberculose, nous permettant ainsi de mieux saisir la place de cette maladie parmi les différents problèmes sanitaires dans la ville. Ils nous éclairent sur les causes de la diffusion et de la persistance de la tuberculose à Dakar, de même que celles sensées expliquer l'échec de la gestion de la pathologie. Ces archives dévoilent également les différentes catégories de personnel qui interviennent dans la lutte contre la tuberculose ainsi que leurs formations dans les différentes écoles et facultés de Dakar et de France. Les informations relatives aux difficultés rencontrées dans la lutte contre la tuberculose, les résultats obtenus avec les différentes stratégies de lutte peuvent y être recueillies. Nous y retrouvons les résultats des essais de vaccination faits à Dakar ainsi que ceux d'études comparatives menées en vue d'établir la méthode de vaccination la plus

aisée, la plus pratique et la mieux acceptée par les Dakarais. Les diverses informations recueillies dans ces rapports permettent de comprendre les raisons qui ont prévalu aux choix portés sur les types de vaccin à appliquer ainsi que les voies d'administration. Elles nous éclairent aussi sur les visites, les activités menées par les organisations internationales ainsi que les rapports que ces dernières entretenaient avec les administrateurs de Dakar. Si ces archives sont incontournables, elles ont aussi leurs limites.

Une fois aux archives, l'un des constats que l'historien fait est l'abondance de la documentation relative à l'action sanitaire. Mais il déçante vite une fois qu'il plonge dans ces sources. En fait, il remarque très vite que ces documents sont répétitifs, qu'il y a certains aspects qui sont occultés; le plus déconcertant c'est le langage du colon qu'il véhicule, sa perception de la santé de ses administrés. Provenant de voix européennes pour l'essentiel, ces sources ne permettent pas de bien saisir la position des Africains face aux différentes mesures prises ainsi que leur rapport à la maladie et à sa gestion. Étant centrés sur les principales villes où les autorités européennes étaient présentes et les catégories de la population les plus assidues aux consultations proposées par les services de santé, ils donnent même une idée imprécise de l'incidence réelle de la morbidité et de la mortalité par tuberculose. S'y ajoute ce discours qui cherche à lier la prise en charge de la santé des colonisés à une préoccupation humanitaire causant ainsi pour le chercheur peu attentif un risque de passer à côté des causes réelles de l'intervention française sur la santé de ses colonisés –et des limites des résultats obtenus.

À côté de ses sources archivistiques, nous avons aussi consulté des ouvrages et articles ou communications scientifiques de certains administrateurs coloniaux et médecins ayant servi à Dakar. Ces travaux nous ont informée non seulement sur le discours et les représentations que ces acteurs se faisaient des Dakarais et des tuberculeux en particulier mais ils nous ont éclairée sur leurs pratiques et leurs savoirs autour de la tuberculose. Aussi, pour tenter de saisir les réactions des Africains, nous avons donc dû passer par le personnel de santé qui était en contact avec eux ou par les autorités sanitaires qui étaient chargées de définir l'organisation de l'action médico-sanitaire. À travers des articles publiés dans des revues médicales pour la majorité, les rapports annuels des services de santé ou les correspondances échangées entre praticiens et autorités sanitaires, nous avons pu ainsi retrouver des descriptions faites par des médecins qui s'indignaient ou appréciaient les réactions des Dakarais face aux mesures antituberculeuses. Les

procès-verbaux de réunions ou des rapports de débats autour de la réglementation de certaines mesures, telle la vaccination, ont également été d'un grand apport.

Inclure les débuts de l'indépendance dans notre étude a posé certains défis, dont en matière de sources: ainsi, l'absence de rapports sanitaires détaillés à partir de 1960 constitue un obstacle majeur que le chercheur doit contourner. Pour saisir les logiques et les argumentaires mobilisés par les autorités publiques indépendantes, les plans quadriennaux établis par le gouvernement du Sénégal ont été d'un apport notable, nous permettant de saisir la place de l'action médico-sanitaire dans la politique globale du jeune état. Les travaux académiques des étudiants en médecine (thèses, mémoires, articles), les résultats de recherches d'universitaires de la Faculté de médecine ou des médecins officiant dans les différents services de prise en charge des tuberculeux publiés dans les revues médicales telles le *Bulletin médical de l'Afrique*, *Afrique médicale* ou *Médecine d'Afrique noire* sont venus compléter des informations parcellaires. Cependant, ces textes produits en majorité par des praticiens français demeurés en service à Dakar, reconduisent parfois le discours colonial et sont aussi généralement orientés vers les préoccupations du moment. Ainsi, concernant l'action contre la tuberculose, la plupart des travaux portent sur la question de l'utilisation des médicaments antituberculeux et le problème des résistances. Ce qui participe à jeter l'ombre sur les facteurs socio-économiques qui, durant cette période, rendent compte de l'extension de la maladie et de l'échec des mesures médicales opposées à la maladie.

L'historien peut aussi recourir au témoignage de personnes ressources témoins ou acteurs de différentes interventions. Toutefois, il doit compter avec la tendance de certains individus à vouloir s'attribuer les mérites de certaines réformes majeures entreprises. Ces différents obstacles mentionnés rendent compte de toute la difficulté de construire une histoire de la médecine et de la santé qui couvre une durée aussi éloignée que le début du 20^e siècle ou celle qui suit immédiatement l'indépendance, marquée par l'organisation des services d'un nouvel état.

Après avoir mené un travail de confrontation entre les différents documents que nous avons collectés et comparé les informations contenues dans les règlements, les instructions avec celles figurant dans les rapports et les correspondances du personnel d'exécution pour voir leur mise en œuvre, nous avons structuré cette thèse autour de cinq chapitres. Nous avons décidé d'adopter une approche chronologique et thématique à la fois. Dans le premier chapitre, nous essayons de mettre la lumière sur les facteurs qui ont mené l'état colonial à se saisir du problème

de la tuberculose à partir des années 1920 alors que depuis le 19^e siècle certains médecins montraient que la maladie affectait les populations locales. Nous y mettons ainsi en évidence que la concentration dans cette ville des différents services administratifs de l'AOF explique la volonté de l'administration publique d'y réduire l'extension de la tuberculose. Nous y montrons que la place centrale de Dakar dans l'économie et l'administration de l'empire ouest africain de la France a participé à expliquer l'intérêt de l'état colonial pour l'organisation de la lutte contre la tuberculose.

Le second chapitre fait état de la construction d'un savoir et d'un discours experts sur la tuberculose à partir de 1924 ainsi que de l'utilisation qui en a été faite par les autorités sanitaires avant de montrer comment les mutations engendrées par la colonisation ont modelé la distribution de la tuberculose à Dakar. Nous y abordons d'abord la façon dont une catégorisation des malades a émergé mais aussi dont des enquêtes menées sur les conditions de vie des tuberculeux ont permis au corps médical de définir les populations les plus exposées à la maladie et à l'origine de l'extension de la maladie et, en même temps, de dédouaner des catégories utiles à l'état colonial (Européens et soldats). Par la suite, nous nous intéressons à l'impact que des déplacements engendrés par le travail migrant et l'envoi de soldats africains en France ou dans d'autres colonies ont favorisé le développement de la tuberculose à Dakar.

Dans le troisième chapitre nous portons notre attention sur les différentes stratégies mobilisées par le gouvernement colonial pour contenir la tuberculose à Dakar entre 1924 et 1948. Nous y montrons que, en l'absence de médicaments spécifiques et efficaces, l'action contre la tuberculose a été centrée sur des tentatives pour limiter la contagion par des outils de «réforme» des comportements des Africains, la destruction du bacille de Koch en circulation grâce à des mesures de désinfection et la vaccination par le BCG. Le rôle, central, joué par l'Institut Pasteur dans l'œuvre médico-sanitaire de la France y est par là même abordé. Toutefois, nous y montrons aussi comment la situation coloniale sert les intérêts de l'Institut qui trouve des conditions favorables à la conduite d'expériences difficiles à mener en Occident.

Quant au chapitre quatre, il porte sur l'organisation de l'action antituberculeuse à Dakar au lendemain du second conflit mondial en centrant la réflexion sur l'incidence que la découverte de médicaments antituberculeux et la production d'un vaccin lyophilisé ont eu sur l'évolution de la prise en charge de la pathologie. Nous y expliquons comment les Pastoriens, l'OMS et des médecins universitaires associés à la médicalisation à Dakar ont travaillé à donner une base

solide pour l'utilisation de ces médicaments jusqu'à en faire la réponse principale et prioritaire au problème tuberculeux, ce qui a paradoxalement entraîné le délaissement de mesures sociales tentées, voire appliquées dans l'entre-deux-guerres. Nous y étudions aussi les conséquences des changements survenus dans les droits politiques que les Africains détenaient sur leurs attitudes vis-à-vis des mesures médico-sanitaires auxquelles ils étaient soumis ainsi que sur la façon dont les autorités allaient chercher, dans ce contexte, à administrer la santé dans la ville.

Dans le chapitre cinq, notre attention se porte sur la construction et l'application de mesures antituberculeuses par le jeune état sénégalais. Après avoir montré que le plan adopté ne marquait pas de rupture fondamentale avec les stratégies appliquées par le Département de la santé durant la période coloniale, nous levons le voile sur les différents éléments qui ont rendu difficile, pour ne pas dire impossible, l'arrêt de pratiques pourtant reconnues comme ayant donné des résultats limités. En effet, les médecins et les Pastoriens allaient continuer à centrer leur action sur la vaccination par le BCG et le traitement ambulatoire alors que des facteurs extra-médicaux tels la représentation que les Dakarais se faisaient des médicaments reçus ou les conditions socio-économiques dans lesquels vivait la majorité de la population étaient des obstacles majeurs au contrôle de l'extension de la maladie et à l'efficacité de sa prise en charge thérapeutique. Le sous-développement et l'absence d'une véritable «souveraineté sanitaire» sont ainsi identifiés comme ayant entravé toute possibilité d'entamer les réformes nécessaires à l'élaboration d'un programme antituberculeux efficace, malgré l'existence d'outils, thérapeutiques valides.

Chapitre 1 – Enjeux autour de l'organisation de la lutte contre la tuberculose à Dakar

Au 19^e siècle, des praticiens de la Marine ayant déjà servi au Sénégal, ou y servant encore, s'assignèrent comme tâche de produire un corpus sur les maladies qu'ils y rencontraient¹⁰⁰. Pour certains, du fait de l'absence de documents écrits antérieurs, mais surtout du fait de l'impuissance de la médecine qu'ils pratiquaient face aux pathologies africaines, il fallait élaborer des données qui allaient servir de base au futur médecin qui allait venir y pratiquer¹⁰¹. Pour d'autres, il s'agissait plutôt de confirmer l'influence délétère que le climat sénégalais exerçait sur la santé des Occidentaux¹⁰². Le savoir ainsi produit n'était, en effet, pas seulement destiné aux médecins mais aussi à tout Européen qui devait venir s'occuper des intérêts coloniaux de son pays¹⁰³. Par conséquent, tout au long du siècle, les topographies médicales concernant le Sénégal se multiplièrent¹⁰⁴. Les praticiens observèrent le milieu dans lequel vivaient les Occidentaux et tentèrent de suivre l'évolution de leurs maladies en fonction des saisons. Cette démarche s'inscrivait dans un système explicatif qui s'était développé au 19^e siècle et qui liait les caractéristiques physiques d'un lieu donné, ainsi que son climat, aux maladies qu'on y retrouvait. C'est dans ces travaux que nous retrouvons, à partir de 1840, des traces de notifications de l'existence de cas de tuberculose au Sénégal.

Dans les statistiques des services de santé coloniaux, un demi-siècle plus tard, la pathologie est à l'occasion identifiée comme une des causes notoires de mortalité chez les Africains. Par exemple, dans le rapport de santé du Sénégal en 1904, est stipulé que chez la population locale, le facteur principal de la mortalité est constitué par les affections sporadiques¹⁰⁵. Dans les décès inscrits au titre de ces dernières, 8 sur 18 étaient dus à la tuberculose qui était ainsi reconnue comme devenant de plus en plus fréquente chez les

¹⁰⁰Jusqu'en 1890, le service de santé était confié aux médecins de la Marine qui se chargeaient d'assurer le service de la flotte et de celui des colonies.

¹⁰¹Jean P. Thévenot, *Traité des maladies des Européens*, VII.

¹⁰²Bérenger Féraud, *Traité clinique des maladies des Européens*, X.

¹⁰³Alfred Borius, *Les maladies du Sénégal*, VII.

¹⁰⁴Il s'agit de travaux dans lesquels sont passés en revue le climat, les caractéristiques physiques, atmosphériques d'une localité et établis des liens avec les maladies qu'on y trouve.

¹⁰⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1763-1920), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1904.

«indigènes des centres peuplés¹⁰⁶». Il faut retenir que c'est dans les deux dernières décennies du 19^e siècle, grâce à l'avènement de la bactériologie qui permit de démontrer que des êtres microscopiques étaient à l'origine des maladies infectieuses, que se fit l'identification du bacille responsable de la tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*) par Robert Koch¹⁰⁷. Et, cette avancée avait participé à faciliter, par la suite, le diagnostic de la maladie.

Il fallut toutefois attendre les années 1920 pour que la tuberculose suscite véritablement l'intérêt des autorités sanitaires coloniales. Durant le premier conflit mondial, et les années qui suivirent immédiatement, plusieurs travaux lui furent consacrés par des médecins et des Pastoriens qui non seulement mirent en lumière la grande distribution de la maladie au sein de la population africaine mais aussi sollicitèrent des autorités sanitaires l'organisation d'une action structurée et concrète pour contenir sa diffusion particulièrement à Dakar, principale ville de la colonie. Dès lors, différentes mesures furent prises pour apprivoiser l'épidémiologie locale de la maladie et mettre sur pied un plan destiné à contenir son extension.

Dans ce chapitre, nous allons essayer de mettre en évidence les facteurs qui ont justifié le peu d'initiatives prises contre cette maladie dans la longue durée comprise entre les premières mises en relief de son incidence sur la santé des africains à partir de la seconde moitié du 19^e siècle et l'organisation d'une première action médico-sanitaire pour contrer son évolution au tournant des années 1920. Ce retour dans le temps nous paraît nécessaire pour mieux saisir toute l'importance et l'intensité des mutations survenues dans le rapport de l'administration sanitaire à cette maladie durant les années qui suivirent le premier conflit mondial.

A- De l'effacement à la visibilité

Encore à la veille de la Première Guerre mondiale, les médecins français ne s'entendaient ni sur l'existence de la tuberculose au Sénégal, ni a fortiori sur son incidence dans le pays. Si, pour certains, elle était bien présente dans la colonie, pour d'autres elle y était rare. L'intérêt

¹⁰⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1763-1920), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1904.

¹⁰⁷Voir entre autres: Richard Harrison Shryock, *Histoire de la médecine moderne, Facteur scientifique, facteur moderne*, (Paris:Armand Collin,1956); Olivier Faure, *Histoire sociale de la médecine*, (Paris: Anthropos, 1994); Harold Cook, «From the Scientific Revolution to the Germ Theory », dans *Western Medicine, an illustrated history*, Irvine Loudon éd. (New-York: Oxford University Press, 1997), 80-101; Mark Harrison, *Disease and the modern world: 1500 to the present*, (Cambridge: Polity Press, 2004); Jean Paul Gaudillière, *La médecine et les sciences*, (Paris: La Découverte, 2006); Laurence Monnais, *Médecine (s) et santé. Une petite histoire globale-19^e et 20^e siècles*, (Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2016).

porté principalement aux pathologies qui affectaient les Européens, ainsi que les connaissances encore limitées sur la maladie infectieuse, auraient ensemble largement participé à son occultation, une situation qui ne changerait qu'avec la Grande Guerre pour des raisons que nous allons exposer.

1. De l'absence d'un consensus

Jusqu'au début du 20^e siècle, au Sénégal, certains praticiens classaient la tuberculose parmi les maladies «sporadiques», c'est-à-dire celles qui n'atteignaient pas les populations de façon massive. Ainsi, dans la première moitié du 19^e siècle, Jean Thévenot, appelé à diriger le service de santé du Sénégal, soutenait qu'il n'y avait observé que deux tuberculeux¹⁰⁸. Par contraste, dans la seconde moitié du siècle, Laurent Bérenger Féraud, médecin-chirurgien de la Marine française, avançait que le Sénégal était un pays dans lequel la «phtisie» était fréquente et avait qui plus est une marche exceptionnellement rapide¹⁰⁹. Quelques années plus tard, Alfred Borius, médecin de la Marine lui aussi, affirmait avoir vu plusieurs «phtisiques» au Sénégal¹¹⁰. Avec le 20^e siècle, cette prise de conscience, par certains médecins, de l'impact de la maladie chez les populations autochtones allait se confirmer.

Sa marche progressive fut ainsi notifiée dans les rapports de santé ainsi que dans les communications de certains praticiens. Alexandre Kermorgant, médecin de la Marine et Inspecteur Général des services de santé des colonies à partir de 1905, affirmait que la tuberculose était signalée dans *tous* les postes du Sénégal¹¹¹. Selon lui, si elle était rare chez les Européens, elle était fréquente et évoluait rapidement chez les indigènes, plus particulièrement chez les tribus qui consommaient beaucoup d'alcool, et les soldats¹¹². Dans un rapport concernant les principales causes de mortalité en AOF, faisant suite à la circulaire du Gouverneur Général Ernest Roume du 12 avril 1905 prescrivant une enquête sur la dépopulation dans la région, la tuberculose fut décrite comme la grande liquidatrice, connue sous toutes les

¹⁰⁸Jean P. Thévenot, *Traité des maladies des Européens*, 249.

¹⁰⁹«Phtisie» est utilisée jusqu'à la fin du 19^e siècle pour désigner la tuberculose pulmonaire, forme la plus fréquente de la maladie: Bérenger Féraud, *Traité clinique des maladies des Européens*, 194.

¹¹⁰Alfred Borius, *Les maladies du Sénégal*, 290.

¹¹¹Alexandre Kermorgant, «Maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1903», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 57, (1907):77.

¹¹²Alexandre Kermorgant, «La tuberculose dans les colonies françaises et plus particulièrement chez les indigènes. D'après les documents fournis par les chefs du service de santé», *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, 9, (1906): 238.

latitudes, aidée par la syphilis et l'alcoolisme¹¹³. Ceci étant, en 1931 encore, le médecin commandant des Troupes coloniales¹¹⁴ François Toullec avançait que, à la veille de la Grande guerre, il semblait évident à tous les médecins que la tuberculose restait peu répandue au Sénégal¹¹⁵. Pour comprendre ces positions différentes, voire contradictoires, il est nécessaire d'analyser les contextes dans lesquels s'inscrivaient les travaux de ces professionnels de santé ainsi que les groupes d'individus sur lesquels ils avaient été menés.

Pendant toute la période coloniale, les personnes et les espaces qui étaient à la marge de la productivité pour le pouvoir colonial ne se trouvaient pas au cœur de l'action médico-sanitaire. C'est au gré des nécessités engendrées par les projets socio-politiques et économiques de la France au Sénégal, et plus particulièrement à Dakar, que se sont dessinés les contours des groupes à prendre en charge et que se sont précisées les connaissances sur les pathologies qui les affectaient. Jusqu'aux dernières décennies du 19^e siècle, la priorité étant à la conquête, l'action médico-sanitaire française au Sénégal avait comme principal objectif la protection des Français¹¹⁶. Pour ce qui était relatif à l'assistance aux Africains, rare à l'époque, elle était tout au plus considérée comme œuvre de bienfaisance et de civilisation¹¹⁷. Cette situation n'était pas spécifique au Sénégal et à la France. Bien des historiens qui se sont intéressés à d'autres régions ainsi qu'à d'autres états colonisateurs ont fait un constat similaire quant à la gestion de la santé des populations autochtones¹¹⁸.

¹¹³Henri Gallay, *Trois années d'AMI et de lutte contre la variole: 1905, 1906, 1907*, (Paris: Larose, 1909), 15.

¹¹⁴Le corps de santé des Troupes Coloniales créé en 1901 était destiné à assurer le service médical de l'armée coloniale. Toutefois, il arrivait également qu'ils servent dans les services de santé réservés au personnel civil.

¹¹⁵François Toullec, «La tuberculose des sénégalais : considérations épidémiologiques et prophylactiques», *Annales de médecine et de pharmacie coloniale* 29, (1931): 642.

¹¹⁶Alexandre Kermorgant, «Assistance publique aux colonies», *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 14, (1898): 244.

¹¹⁷*Ibid.*, 244.

¹¹⁸Voir entre autres: David Arnold, *Colonizing the body: State, medicine and epidemic disease in Nineteenth-century India*, (Berkeley et Londres: California University Press, 1993); Roy MacLeod et Milton Lewis éd. *Disease, medicine and empire: perspectives on Western medicine and the experience of European expansion*, (Londres et New York: Routledge, 1988); Marynez Lyons, *The colonial disease: a social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900–1940*, (Cambridge et New York: Cambridge University Press, 1992); Laurence Monnais-Rousselot, *Médecine et colonisation: l'aventure indochinoise*, (Paris: CNRS Editions, 1999); Michael Worboys, «The Spread of Western medicine», dans *Western medicine. An illustrated history*, Irvine Loudon éd. (Oxford et New York : Oxford University Press, 1997); Kalala Ngalamulume, *Colonial pathologies environment and Western medicine in Saint-Louis du Sénégal, 1867-1920*, (New York: Peter Lang, 2012); Adama Aly Pam, *Colonisation et santé au Sénégal (1816-1960), crises épidémiques, contrôle social et évolution des idées médicales*, (Dakar: L'Harmattan, 2018).

Concernant le Sénégal, dès la période d'exploration, son état sanitaire fut présenté comme lui donnant une réputation des moins glorieuses¹¹⁹. Dakar n'échappait pas à cet état de fait¹²⁰. Jusqu'au début du 20^e siècle, son insalubrité semblait reconnue et partagée en l'occurrence par les médecins occidentaux et d'autres fonctionnaires. Selon Georges Ribot, médecin des Troupes coloniales et chargé des Services d'hygiène de Dakar, et Robert Lafon, secrétaire de la Mairie de Dakar, de toutes les villes coloniales françaises, Dakar était celle dont la réputation d'insalubrité était demeurée la plus solidement établie. Il suffisait, à leur avis, de parler en France du Sénégal et surtout de Dakar pour évoquer l'idée d'un climat meurtrier, décimant les imprudents ou les audacieux qui prétendaient vouloir y vivre¹²¹. En effet, s'ils ont apporté avec eux des pathologies qui furent parfois fatales aux Africains, les Européens qui visitèrent le continent et qui ne possédaient pas l'immunité requise payaient il faut le dire aux maladies des tributs si élevés que l'Afrique de l'ouest fut qualifiée de «tombeau de l'homme blanc»¹²².

Les affections endémiques¹²³ furent désignées comme occasionnant le plus de mortalité chez les Occidentaux¹²⁴. Et, parmi elles, le paludisme figurait au premier rang¹²⁵. La syphilis s'y présentait pour sa part sous des formes apparemment particulièrement virulentes¹²⁶. Les Européens n'auraient pas non plus été épargnés par les épidémies de fièvre jaune qui occasionnaient d'importants ravages durant le 19^e siècle et demeuraient redoutées par les médecins qui, jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre, se battirent pour exclure Dakar de la zone d'endémicité amarile¹²⁷. À partir de 1914, la peste s'ajouta à la liste de ces pathologies

¹¹⁹Anne Raffenel, *Nouveau voyage au pays des nègres. Suivi d'études sur la colonie du Sénégal et de documents historiques, géographiques et scientifiques*, tome second (Paris: Imprimerie centrale et des chemins de fer, 1856),158; François Pierre Ricard, *Le Sénégal, étude intime*, (Paris: Challamel Ainé, 1865), 405.

¹²⁰Alfred Borius, *Recherches sur le climat du Sénégal*, 100.

¹²¹Georges Ribot et Robert Lafon, *Dakar, ses origines, son avenir*, (Paris: Larose, 1908), 7.

¹²²Ce qualificatif fut d'abord utilisé par Jean Thévenot dans son *Traité des maladies*, p.5. S. Miles s'en sert dans son article intitulé «The white man's grave-West Africa yesterday and today» paru dans *The journal of the Royal navy medical service*, 30, (1944): 30-33. Nous le retrouvons aussi dans l'article de Philip D. Curtin, «The white man's grave: Image and reality, 1780-1850», *Journal of British studies*, 1, (1961): 94-110. Pour plus de détails sur le rencontre entre les Européens et les maladies en Afrique, voir Karl David Patterson et Gerald W. Hartwig, «The Disease factor: An introductory overview», 7.

¹²³Maladie présente en permanence dans une région donnée.

¹²⁴Alfred Borius, *Les maladies du Sénégal*, 333.

¹²⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1763-1920), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical Annuel des services sanitaires de l'AOF*,1904, voir aussi Borius, *Les maladies du Sénégal*, 284.

¹²⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1763-1920), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical Annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1903; Charles Jojo, *Dakar, essai de géographie médicale et d'ethnographie*, 63.

¹²⁷Augustin Reynaud, *Études sur les épidémies de fièvre jaune au Sénégal*, (Paris: Typographie Collombo et Brulé, 1882), 71; Henri Boiron, «Note sur l'immunité antiamarile chez les habitants de Dakar», *Bulletin médical de A.O.F.* 6, (1949)7-12.

extrêmement coûteuses en vies humaines¹²⁸. Pour assurer un état sanitaire convenable au personnel impliqué dans l'œuvre de conquête et d'expansion, les médecins focalisèrent leur attention sur ces maladies qui étaient les plus «redoutables pour les Européens»¹²⁹. Ce besoin «d'aller à l'essentiel» n'explique toutefois pas à lui seul l'invisibilité de la tuberculose sénégalaise.

En réalité, exerçant uniquement dans les services de santé, le personnel médical colonial avait des contacts limités avec la population civile africaine et ne pouvait connaître l'impact réel des maladies qui les affectaient. Cette situation était induite par le fait que, durant la période de conquête, l'administration française n'avait mis sur pieds que des institutions militaires¹³⁰. Ce ne fut qu'avec la mise en place de services coloniaux civils, et la nécessité synchrone de tirer profit des territoires conquis, que des changements se firent et que l'assistance hospitalière antérieurement réservée aux soldats fut étendue progressivement aux civils impliqués dans le projet d'exploitation des colonies. Les hôpitaux militaires furent de ce fait transformés durant les dernières années du 19^e siècle en hôpitaux coloniaux dont les portes furent d'abord ouvertes aux fonctionnaires européens et africains, aux colons, aux femmes et aux enfants. A Dakar, c'était l'hôpital colonial, créé en 1890, qui assurait ce rôle¹³¹.

A côté de ces formations coloniales existaient certes des structures sanitaires entretenues par le budget local et réservés au reste de la population autochtone¹³². Cette dernière bénéficiait ainsi de soins dans des hospices, des dispensaires et des léproseries. Ces services n'offraient toutefois souvent que des soins très rudimentaires¹³³. Par exemple, si la délivrance des médicaments et des pansements était gratuite, elle était souvent subordonnée aux moyens budgétaires des localités impliquées, ressources souvent limitées, voire inexistantes. De ce fait,

¹²⁸H. Lhuerre, «La peste à Dakar: Étude clinique et thérapeutique», *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'ouest africain*, 9, (1922): 874; Lucien Rigollet, «A propos de l'épidémiologie de la peste», *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'ouest africain*, 6, (1922): 502-506; Élikia M'Bokolo, «Peste et société urbaine à Dakar: l'épidémie de 1914», *Cahiers d'études africaines*, 85-86, (1982): 13-46.¹²⁹Thévenot, *Traité des maladies des Européens*, 232; 243

¹²⁹Thévenot, *Traité des maladies des Européens*, 232; 243

¹³⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1763-1920), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1905.

¹³¹Jean-Claude Cuisinier Reynald, «L'Hôpital principal de Dakar à l'époque de l'AOF de 1895 à 1958», dans *AOF: réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Charles. Becker, Saliou Mbaye et Ibrahima Thioub, eds., (Dakar: Direction des Archives du Sénégal, 1997), 1190.

¹³²Delrieu, «Organisation du service de santé en Afrique occidentale», 351; Kermorgant, «Assistance publique aux colonies», 245.

¹³³Kermorgant, «Assistance publique aux colonies», 246.

au dispensaire de Dakar, les consultations étaient uniquement bihebdomadaires¹³⁴. Ce ne fut que vers la fin de 1905, avec le développement de la ville, que les consultations devinrent quotidiennes et que l'équipement nécessaire au dispensaire fut reconsidéré¹³⁵. Cette situation ne pouvait qu'avoir un impact négatif sur la fréquentation de ces mêmes services de santé¹³⁶. Ainsi, si les Africains qui avaient les moyens de payer consultaient dans les hôpitaux coloniaux, le reste de la population ne trouvait pas son compte dans les hospices et dispensaires et ne se rendait à la consultation qu'en dernier recours la plupart du temps¹³⁷.

Ces différents éléments participèrent assurément à réduire considérablement le champ d'observation des praticiens qui se limitait aux consultations faites dans les structures sanitaires et expliquent, en partie, le fait que certains parmi eux rejetaient l'idée même de la diffusion de la tuberculose chez la population locale. Ainsi, Jean Thévenot, pour qui l'infection tuberculeuse paraissait rare, s'était-il uniquement appuyé sur l'observation des maladies des hommes de troupes français¹³⁸. Celles-ci, à son avis, étaient «les pathologies les plus essentielles à connaître¹³⁹». En 1910, le docteur Pierre Wagon qui avançait que la rareté de la tuberculose chez les Noirs de la Côte occidentale d'Afrique était généralement admise, reconnaissait qu'il ne possédait guère de renseignements scientifiques à ce sujet, confirmant le peu d'intérêt pour cette maladie qui n'affectait pas vraiment les Européens sur place¹⁴⁰.

Ce furent en conséquence les médecins ayant mené des investigations en dehors des structures sanitaires qui réussirent à faire la lumière sur la progression de l'infection bacillaire chez les Africains. Dans le cas du docteur Kermorgant, il avait pu établir les ravages de la tuberculose en particulier grâce à ses contacts avec les soldats africains impliqués dans les opérations militaires de la France¹⁴¹. Quant à Alfred Borius, c'est sa volonté de faire une évaluation des pathologies du Sénégal selon les localités mais aussi en fonction des «races» qui l'avait poussé à mener enquête aussi bien dans les services de santé que dans certains villages

¹³⁴Kermorgant, «Assistance publique aux colonies», 246.

¹³⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1926.

¹³⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1925.

¹³⁷Kermorgant, «Assistance publique aux colonies», 246.

¹³⁸Thévenot, *Traité des maladies des Européens*, 230.

¹³⁹*Ibid.*, 232-243.

¹⁴⁰Pierre Wagon, «La tuberculose chez les noirs en Guinée française», *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 3, (1910): 21.

¹⁴¹Alexandre Kermorgant, «La tuberculose dans les colonies françaises et plus particulièrement chez les indigènes», *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 9, (1906): 224.

africains de Dakar¹⁴². Il avait dès lors pu rencontrer des Dakarais tuberculeux et se rendre compte que les populations civiles, qui n'évoluaient pas dans les mêmes conditions que les soldats, étaient éprouvées par des maladies qui n'atteignaient pas forcément ces derniers¹⁴³. Les aprioris autour de la distribution géographique de la tuberculose constituent un autre élément à prendre en compte pour comprendre les réticences de certains praticiens face à l'idée d'une potentielle expansion de cette maladie en Afrique en général et au Sénégal en particulier.

2. Dans un contexte de brouillard scientifique

S'il est difficile de définir avec exactitude la date d'apparition de la tuberculose, il est clair que c'est au 19^e siècle qu'elle connut sa plus grande progression dans le monde, accompagnant la révolution industrielle et l'urbanisation¹⁴⁴. C'est pour cette raison d'ailleurs que, jusqu'à la veille du premier conflit mondial, primait l'idée que sa production et son extension étaient liées essentiellement aux conditions de vie précaires et à l'entassement des populations dans les villes. Cette association de la maladie avec l'industrialisation et l'urbanisation poussa certains médecins à penser que la tuberculose ne pouvait se développer dans les pays qui n'avaient pas été le «théâtre d'une civilisation avancée¹⁴⁵». Par le fait même, on considéra d'abord que la pathologie fut introduite et diffusée au Sénégal par les Européens. Elle aurait été un «cadeau du Blanc au Noir», «une tare malade» apportée par les Français en même temps que le développement¹⁴⁶. Cette idée aurait été à ce point répandue que le docteur Amédée Borrel avançait que tous les médecins coloniaux étaient d'accord sur ce point¹⁴⁷. Dans le même ordre d'idées, Thevenot se posait la question à savoir si la rareté de la maladie dans le pays n'était pas liée à l'état social «peu avancé» des Sénégalais¹⁴⁸. Quant au Pastorien Albert Calmette, s'il menait des investigations sur la tuberculose au Sénégal en 1912, c'était tout simplement parce qu'il classait

¹⁴²Alfred Borius, *Les maladies du Sénégal*, 290.

¹⁴³*Ibid.*, 227-228.

¹⁴⁴Alain Cottereau, «La tuberculose, maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail? Critique d'une épidémiologie officielle: le cas de Paris», *Sociologie du travail*, 2, (1978):192.

¹⁴⁵Albert Calmette, *L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Processus d'infection et de défense. Étude biologique et expérimentale*, (Paris: Masson, 1920), 528; Kermorgant, «La tuberculose dans les colonies françaises», 220.

¹⁴⁶Marcel Léger et Gaston Huchard, «Contribution à l'étude de la tuberculose au Sénégal, cuti-réaction chez les enfants de Dakar», *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'Ouest africain* 15, (1922), 347.

¹⁴⁷Amédée Borrel, «Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires», *Annales de l'institut Pasteur*, 3, (1920): 112.

¹⁴⁸Thevenot, *Traité des maladies des Européens*, 251.

cette colonie parmi celles où la tuberculose était rare¹⁴⁹. Son objectif, en menant des enquêtes à partir des différents Instituts Pasteur d'outre-mer placés sous sa responsabilité, était d'étudier la manière dont cette maladie se répandait mais aussi les formes qu'elle prenait dans des pays indemnes ou presque¹⁵⁰.

En même temps, il ne faut pas perdre de vue le fait que ce n'est qu'au 19^e siècle que se développa une compréhension cohérente de la tuberculose qui permit de la distinguer des autres affections de poitrine, pulmonaires¹⁵¹. Jusqu'au Moyen âge, les médecins s'appuyaient sur les symptômes observés sur le malade pour en établir le diagnostic¹⁵². Avec le développement de l'observation anatomo-clinique, les connaissances sur la tuberculose commencèrent à se préciser grâce à la confrontation des signes cliniques et les lésions internes observés sur les cadavres disséqués. La diversité de ces «altérations» ne permettait toutefois pas encore d'arriver à la conclusion de l'unicité de la maladie. Ce ne fut qu'au début du 19^e siècle que le médecin français René Théophile Hyacinthe Laennec démontra que la variabilité des lésions était due à des phases différentes de l'évolution de la maladie. C'est également lui qui fit de la présence de tubercules dans le poumon une caractéristique propre à la tuberculose. Malheureusement, il n'eut pas le temps de prouver sa théorie¹⁵³ et des incertitudes subsistèrent par conséquent autour de la maladie¹⁵⁴. Il fallut finalement attendre les travaux de Robert Koch à l'ère de la bactériologie pour que le bacille tuberculeux soit découvert, en 1882, et que la thèse de l'unicité de la maladie puisse être véritablement validée, en même temps que son origine infectieuse et sa transmissibilité.

Si les travaux de Jean-Antoine Villemin soutenaient au tournant des années 1860 la transmissibilité de la tuberculose, c'est en effet bien avec la découverte du micro-organisme pathogène responsable de la maladie que cette contagiosité fut confirmée¹⁵⁵. Ce ne fut toutefois qu'au début du 20^e siècle qu'on note une avancée notable dans le diagnostic de la maladie avec

¹⁴⁹Pierre Bégué, «Albert Calmette: A propos du 150^e anniversaire de sa naissance», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 197, 7, (2013) : 1476-1477.

¹⁵⁰Calmette, *L'infection bacillaire et la tuberculose*, 528.

¹⁵¹Jean Pierre Bardet, Patrice Bourdelais et Pierre Guillaume, *Peurs et Terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis*, (Paris: Fayard, 1988),168.

¹⁵²Pierre Guillaume, *Du désespoir au salut. Les tuberculeux aux 19^e et 20^e siècles*, (Paris: Aubier, 1986), 43.

¹⁵³Isabelle Grellet et Caroline Kruse, *Histoires de la tuberculose. Les fièvres de l'âme 1800-1940*, (Paris: Ramsay, 1983), 13; René Dubos et Jean Dubos, *The white plague. Tuberculosis, man and society*, (Boston: Brown and Company, 1952), 92.

¹⁵⁴Richard Harrison Shryock, *Histoire de la médecine moderne*, 110-111.

¹⁵⁵Louis Landouzy, *Le rôle des facteurs sociaux dans l'épidémiologie de la tuberculose; les moyens de défense sociale contre la tuberculose*, (Paris: Masson et Cie, 1912),3.

la mise au point de la cuti-réaction à la tuberculine qui permettait d'identifier les individus infectés. Injectée à une personne contaminée, la tuberculine, isolée par Robert Koch en 1891, provoque une réaction qui témoigne de la présence de l'infection -chez un individu sain cette opération demeure sans effet¹⁵⁶.

Ainsi, pendant longtemps, si l'on pouvait peut-être concevoir que la tuberculose existait chez les Africains, aucune connaissance, aucun outil scientifique n'était en mesure de démontrer sa transmissibilité; il n'y avait donc aucune raison spéciale pour qu'elle suscite l'intérêt des médecins de la Marine préoccupés essentiellement par la préservation de la santé des Occidentaux et les risques infectieux auxquels ils étaient soumis sous les Tropiques. Au lendemain du premier conflit mondial, on allait néanmoins assister à l'émergence d'une phase nouvelle dans le discours autour de la maladie tuberculeuse. A l'heure d'une bactériologie triomphante, sa progression fut enregistrée et des praticiens appelèrent à une réaction des pouvoirs publics pour stopper son évolution¹⁵⁷.

3-L'émergence du souci tuberculeux

Durant la Grande guerre, la tuberculose fut reconnue comme l'une des causes majeures de mortalité chez les soldats en France¹⁵⁸. Du fait des besoins urgents et incessants en hommes et des mutations du personnel médical, les visites d'incorporation destinées à recaler tout individu malade ne furent toujours pas effectuées avec la minutie nécessaire¹⁵⁹. Ainsi, n'est-il pas exclu que des tuberculeux échappèrent à la vigilance du personnel de santé. La tuberculose étant une maladie qui se transmet exclusivement au voisinage immédiat du malade contagieux par l'intermédiaire de parcelles de crachats humides, c'est la promiscuité dans les tranchées ou dans les baraquements qui allait faciliter un mouvement de contagion massif alors que l'épuisement physique, voire la dépression morale, contribuèrent à réduire la résistance de certains individus

¹⁵⁶Calmette, «L'infection bacillaire et la tuberculose», 458.

¹⁵⁷Marc Javelly, «Renseignements démographiques sur Dakar en 1921», *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'ouest africain* 15, (1922): 669.

¹⁵⁸Pierre Darmon, «La Grande Guerre des Soldats tuberculeux. Hôpitaux et stations sanitaires», *Annales de démographie historique*, 1, (2002): 35-55.

¹⁵⁹V. Lavergne, «Le service de santé militaire et la lutte antituberculeuse pendant la guerre», *Revue d'hygiène*, 44, (1922): 877.

face à la maladie¹⁶⁰. La conséquence fut une augmentation considérable du nombre de militaires infectés. Durant ce conflit particulièrement meurtrier, la tuberculose ne causa pas uniquement des ravages auprès des Européens. Tel qu'illustré dans le tableau ci-dessous, elle se révéla aussi comme l'une des maladies affectant les soldats africains en nombre.

Tableau 1. – Mortalité par tuberculose chez les Africains au camp de Frejus de 1916 à 1919¹⁶¹

	1916	1917	1918	1919
Janvier	1	14	17	36
Février	0	20	35	48
Mars	2	21	50	52
Avril	3	28	73	80
Mai	2	41	104	72
Juin	7	37	59	-
Juillet	7	32	67	-
Août	4	23	52	-
Septembre	6	27	38	-
Octobre	4	25	54	-
Novembre	3	19	43	-
Décembre	9	25	55	-
Total	48	312	557	298

Dès les guerres de conquête, les Français ont utilisé des Africains pour renforcer leurs effectifs militaires¹⁶². Une réalité qui pousse l'historien Elikia M'Bokolo à soutenir que les troupes coloniales n'avaient de «françaises» que le nom car souvent, la majorité des soldats était

¹⁶⁰Jacques Delarue, *La tuberculose*, (Paris: PUF, 1972), 40; Louis Landouzy, «La guerre et la réforme du soldat tuberculeux», *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 37, (1915): 210.

¹⁶¹Borrel, «Pneumonie et tuberculose», 111.

¹⁶²Voir Myron Echenberg, *Les tirailleurs sénégalais en Afrique occidentale française (1857-1960)*, (Paris et Dakar: CREPOS Karthala, 2009).

recrutés sur place¹⁶³. Il était logique que durant la Grande Guerre, pour les exigences de sa défense nationale, la France qui subissait des pertes importantes dans ses effectifs, ait mobilisé les populations colonisées, en l'occurrence les fameux tirailleurs¹⁶⁴. Ces derniers payèrent un lourd tribut dont à la tuberculose. En même temps, les observations faites durant ce conflit offrirent paradoxalement un tremplin aux médecins pour accumuler des données sur les manifestations de la maladie chez les Africains. Profitant des soldats mis à leur disposition, ceux-ci purent, dans les camps, les infirmeries et les hôpitaux, accumuler des données sur les formes cliniques et anatomiques de la tuberculose¹⁶⁵. Pour le dire autrement, la Grande Guerre constitua un laboratoire inattendu en matière de recherche sur la pathologie infectieuse et sa prévalence.

C'est dans ce contexte que, faisant allusion à ces mêmes tirailleurs, le docteur Borrel soutenait qu'une observation attentive de leur état de santé lui avait permis de constater que seules deux maladies étaient importantes chez eux: la pneumonie et la tuberculose¹⁶⁶. Il décrit cette dernière comme tout à fait spéciale; elle aurait été grave et le «Sénégalais» y aurait même été particulièrement sensible¹⁶⁷. Même constat du côté d'Alexandre Lasnet qui consulta les soldats encore postés en France au lendemain du conflit. Sur 235 individus examinés entre octobre 1919 et avril 1920, 202, soit 85%, étaient selon lui tuberculeux¹⁶⁸. La tuberculose fut également une cause de rapatriement d'un nombre important de soldats envoyés dans les autres colonies africaines pour contenir les vagues de protestation anticoloniales qui secouèrent l'Empire français au sortir de la guerre. Le pourcentage des rapatriés pour tuberculose du Maroc vers Dakar furent de 11,70% en août 1925, de 22,27% en avril 1926 et de 22,73% en juin 1926¹⁶⁹.

¹⁶³Elikia Mbokolo, *Afrique noire: Histoire et civilisations*, tome 2, (Paris: Hatier-Aupelf, 1992), 288.

¹⁶⁴Sur les tirailleurs sénégalais, voir en priorité: Echenberg, *Les tirailleurs sénégalais*; Charles Maclean Andrew et Alexander Sydney Kanya Forstner «France, Africa, and the First World War», *The Journal of African history* 19, 1, (1978):14; Michael Crowder and Jide Osuntokun, «The First World War and West Africa, 1914-1918», dans *The Cambridge history of Africa*, Jacob Festus Ade Ajayi et Michael Crowder éd. (Cambridge: Cambridge University Press, 1987), 546-578.

¹⁶⁵Borrel, «Pneumonie et tuberculose», 120; Alexandre Lasnet, «Note concernant l'état sanitaire des divers contingents, européens et indigènes de l'Armée du Rhin», *Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, 20, (1922) :273-289; Marcel Léger, «La tuberculose au Sénégal. Etude historique», *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, (1922) :510.

¹⁶⁶Borrel, «Pneumonie et tuberculose», 105.

¹⁶⁷*Ibid.*, p.114.

¹⁶⁸Lasnet, «Note concernant l'état sanitaire des divers contingents», 274.

¹⁶⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1926.

A l'époque, la population civile dakaroise était également affectée et on commençait à faire la lumière sur le tribut qu'elle payait à la maladie. Dès 1920, les Pastoriens Ferdinand Noc et Henri Huchard, suite à une enquête effectuée auprès de la population dakaroise, établissaient que la maladie se rencontrait sous toutes ses formes chez des individus «n'ayant jamais quitté le pays»¹⁷⁰. La même année, Marcel Léger et Gaston Huchard essayèrent de chiffrer la tuberculose chez les enfants des écoles de Dakar. Ils allèrent même jusqu'à suivre les écoliers dans leurs foyers respectifs. La méthode adoptée visait à exclure tout candidat susceptible d'avoir contracté la maladie par le biais d'un étranger ou en dehors de la ville. Deux-cent-trente enfants furent ainsi soumis à la cuti-réaction à la tuberculine. Les résultats obtenus grâce à cette technique permirent de constater la diffusion de la maladie en «milieu indigène» et d'avancer qu'il s'était créé un foyer important à Dakar¹⁷¹.

Dès 1921, Marc Javelly, dans ses notes démographiques, exprimait ses craintes face à cette maladie qui, selon lui, tendait à devenir une cause de mortalité importante dans la région¹⁷². En 1922, Heckenroth et Bergonier l'inscrivait parmi les causes de décès les plus fréquentes à Dakar, lui accordant la troisième place après la pneumonie et la «débilité congénitale»¹⁷³. La même année, le Pastorien Léger soutenait que le Sénégal ne comptait plus parmi les colonies privilégiées où la tuberculose était rare et que la situation s'aggravait, surtout à Dakar¹⁷⁴. La mortalité par tuberculose y aurait atteint, selon lui, 24‰ en 1920 et en 1921; elle dépassait alors déjà celle trouvée en France en 1906 (22,6‰)¹⁷⁵. Une année plus tard, il avançait avec Huchard que l'extension de la tuberculose à Dakar s'imposait à l'attention du praticien¹⁷⁶. En 1924, Louis Couvy montrait qu'à Dakar, la mortalité provoquée par la tuberculose atteignait pas moins de 23% de la mortalité générale de l'Hôpital indigène¹⁷⁷.

Les données ainsi recueillies en quelques années remettaient définitivement en question l'idée de la rareté de la maladie tuberculeuse et celle, connexe, de l'existence d'une certaine

¹⁷⁰Ferdinand Noc et Henri Huchard, «La tuberculose à Dakar», *Bulletin de la société médico-chirurgicale française de l'ouest africain*, 6, (1920): 168.

¹⁷¹Marcel Léger et Gaston Huchard, «Contribution à l'étude de la tuberculose au Sénégal: cutiréaction chez les enfants de Dakar», *Bulletin social de pathologie exotique* 15, 2, (1922): 346-347.

¹⁷²Javelly, «Renseignements démographiques sur Dakar», 669.

¹⁷³Ferdinand Heckenroth et E. Bergonier, «Renseignements démographiques sur Dakar en 1922», *Bulletin social de pathologie exotique* 16, (1923): 450.

¹⁷⁴Marcel Léger, «La tuberculose au Sénégal. Etude historique», 531.

¹⁷⁵*Ibid.*, p.531.

¹⁷⁶Léger et Huchard, «Contribution à l'étude de la tuberculose au Sénégal », 344.

¹⁷⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1924.

immunité chez les Africains. Dès lors, la tuberculose s'imposa à l'attention des autorités coloniales: un synchronisme mérite en effet d'être souligné entre cette prise de conscience, tardive mais réelle et s'appuyant sur de nouvelles connaissances et technologies, et le fait que la France, dans et surtout au lendemain de la guerre, avait un besoin urgent des Africains pour assurer l'exploitation des ressources des territoires africains conquis.

B- La tuberculose, une menace pour le projet de mise en valeur?

La Grande Guerre s'était soldée par de lourdes pertes pour la France. Il lui fallait par conséquent trouver des moyens de faire repartir son économie. Et les colonies semblaient être la source la mieux indiquée pour y arriver: elles en avaient déjà fait la preuve. Si le Sénégal, comme les autres territoires de l'AOF, avait fourni des hommes à la France durant la Première Guerre mondiale¹⁷⁸, il avait fait plus que cela. Au bout de deux années de combat, la France s'était en effet retrouvée confrontée à d'importants problèmes de ravitaillement¹⁷⁹. Pour y faire face, le gouvernement colonial s'était alors évertué à acheter, ou réquisitionner, tous les produits des colonies susceptibles d'être utilisés par l'industrie nationale. Cela permettait de les acquérir à un coût moins élevé que celui pratiqué à l'étranger. Cette subordination de la production des colonies aux besoins de la Métropole permit une prise de conscience du potentiel économique des territoires occupés. La France envisagea alors rapidement, pour assurer sa renaissance économique et offrir à son industrie des matières premières nécessaires à moindre coût, de rendre permanent le concours matériel des territoires dominés. L'intensification de la production de ces derniers qui devait en résulter nécessitant une main d'œuvre locale importante. Et en bonne santé: les Africains se retrouvaient désormais impliqués dans les projets médico-sanitaires de l'état colonial.

1-La médicalisation du dakarois, un préalable à la mise en valeur

L'établissement de liens entre le «développement» des colonies et la santé des Africains n'était pas nouveau à l'époque. En 1907, le député français Lucien Hubert ne disait-il pas que la

¹⁷⁸Marc Michel, *Les Africains et la Grande Guerre. L'appel à l'Afrique (1914-1918)*, (Paris: Karthala, 2003), 302.

¹⁷⁹Jean Pierre Dozon, *Frères et sujets. La France et l'Afrique en perspective*, (Paris : Flammarion, 2003), 160.

protection de la santé publique était le moyen essentiel, primordial de développer la première richesse de l'Afrique occidentale¹⁸⁰? En 1911, le médecin Inspecteur Général Charles Grall abondait dans son sens en établissant des liens entre la protection de la santé des indigènes et l'intérêt économique de la France¹⁸¹. En effet, selon lui, la colonisation était œuvre du médecin autant que de l'ingénieur et il appartenait au Corps de santé colonial de faire la preuve que sa collaboration était non seulement une œuvre humanitaire mais qu'elle pouvait se traduire par des bénéfices économiques sonnants et trébuchants¹⁸². Ce que l'on voit par contre, c'est qu'au lendemain de 1918, ce discours en faveur d'investissements dans la santé des Africains s'est nettement intensifié¹⁸³.

Voulant se défaire de sa forte dépendance à l'endroit de l'étranger pour obtenir les ressources nécessaires à son industrie et faisant face aux conditions du change qui ne lui étaient pas favorables avec le déclin du franc, la France décida à la fin des hostilités de se replier sur son domaine colonial, à l'abri des barrières douanières¹⁸⁴. A partir de ce moment, la colonisation prédatrice, le pillage pur et simple des territoires conquis ne correspondait plus à ses besoins¹⁸⁵. Il fallait stimuler la production en mettant sur pieds une politique économique cohérente¹⁸⁶. Pour le Sénégal, le gouvernement fédéral prévoyait, parmi d'autres projets, l'augmentation de la production de l'arachide qui devait être fournie aux industries françaises¹⁸⁷. Pour faciliter l'acheminement du produit, fut entrepris un programme d'ensemble de grands travaux publics. Ces différents projets nécessitèrent une main-d'œuvre importante tandis que la volonté d'exploiter la colonie à un coût moindre, associée à l'insuffisance de moyens financiers, avait jusque-là eu comme impact une «non modernisation» des structures et des techniques de

¹⁸⁰Lucien Hubert, «L'Afrique occidentale», *Revue coloniale* 19, (1907): 242.

¹⁸¹Charles Grall, «L'assistance médicale indigène aux colonies», *Compte rendu des travaux du congrès colonial de Marseille*, tome III (Paris: Augustin Challamel, 1907), 274.

¹⁸²Grall, «L'assistance médicale indigène aux colonies», 274.

¹⁸³Voir A. Houyet, «L'œuvre de l'Assistance médicale aux indigènes en A.O.F. et son centre de Dakar», *Bulletin de la Société belge d'études coloniales*, 5-6, (1923): 273-289; Albert Sarraut, *La mise en valeur des colonies*.

¹⁸⁴Ministère des Colonies, *Conférence coloniale instituée par M.A. Maginot*, (Paris, Émile Larose, 1917), 5; Sénégal, Dakar, Archives nationales, «Session du conseil du gouvernement», 1921; Hélène D'Almeida-Topor, *L'Afrique au XXe siècle*, (Paris, Armand Collin, 1999 [2^e éd.]), 116-117.

¹⁸⁵Ministère des Colonies, *Conférence coloniale instituée par M.A. Maginot*, (Paris: Larose, 1917), 3; Elikia M'Bokolo, *Afrique noire, histoire et civilisations, tome 2: XIXe et XXe siècles*, (Paris: Hatier/AUPELF, 1992), 319.

¹⁸⁶Catherine Coquery-Vidrovitch, «Colonisation ou impérialisme, la politique africaine de la France entre les deux guerres», *Le mouvement social*, 107, (1979): 52; Andrew et Forstner, «France, Africa, and the First world war», 23.

¹⁸⁷Henri Cosnier, *L'ouest africain: ses ressources agricoles, son organisation économique*, (Paris: Émile Larose, 1921), v.

production¹⁸⁸. Au lendemain du premier conflit mondial, ce qui semblait clair pour les administrateurs coloniaux c'était que les Européens ne pouvaient être les agents de l'exécution de ce projet de mise en valeur.

Il faut dire qu'il s'était depuis assez longtemps développé dans l'opinion qu'en Afrique de l'Ouest, du fait du climat et des maladies qui y sévissaient, un Européen ne pouvait y travailler ni y vivre longtemps¹⁸⁹. L'insuffisance numérique des candidats à l'expatriation et le coût élevé de leur présence constituèrent d'autres éléments qui rendaient impossible toute augmentation dans leurs rangs¹⁹⁰. Seul le travail de la population locale pouvait permettre le succès du nouveau programme mis sur pied¹⁹¹. A partir de ce moment, le rapport au colonisé changea. Les Africains cessèrent ainsi d'être l'accessoire, la pâte inerte que faisait lever le levain, le *toubab*¹⁹², pour devenir incontournables¹⁹³. Toutefois, lors de l'enrôlement pour la Première Guerre, il apparut que beaucoup de recrues avaient été trouvées dans des conditions physiques déplorable et reconnues «impropres à tout service¹⁹⁴». Maintenant que l'exploitation économique se trouvait articulée à l'état sanitaire des colonisés, il fallait supprimer les causes de mortalité évitables et augmenter la natalité, procéder à la mise en valeur des ressources humaines africaines ou, comme l'avancé Aristide Le Dantec à l'époque directeur de l'Hôpital indigène et de l'École de médecine de Dakar, «fortifier la race pour augmenter sa puissance de travail»¹⁹⁵. Mais, au préalable, il était nécessaire de déterminer précisément les maux dont elle souffrait.

C'est en toute logique qu'au lendemain de la guerre un congrès de la santé publique et de la prévoyance sociale s'était tenu à Marseille pour mettre en relief et faire le point sur les «facteurs de dépeuplement» propre à chaque colonie française¹⁹⁶. Fut ainsi révélé que si le taux de natalité était important dans la Fédération, les niveaux de mortalité le rendaient caduque. L'attention se polarisa sur les raisons de cette mortalité qui se présentait comme un obstacle au

¹⁸⁸Monique Lakroum, *Le travail inégal:paysans et salariés sénégalais face à la crise des années trente*,(Paris, L'Harmattan, 1982), 102; Samir Amin, *L'Afrique de l'ouest bloquée*, (Paris: Éditions de Minuit, 1971), 11.

¹⁸⁹Sisco, «Géographie médicale, Dakar», *Archives de médecine navale*, 90: 257.

¹⁹⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, «Session du conseil du gouvernement», *Journal officiel de l'Afrique Occidentale française* (JOAOF), 1921: 844.

¹⁹¹Houyet, «L'œuvre de l'Assistance médicale aux indigènes», 273.

¹⁹²Le Blanc en ouolof, la langue vernaculaire du Sénégal.

¹⁹³Léon d'Anfreville de la Salle, «Dakar et la colonisation française», *La Revue*, 15 juin (1912): 507.

¹⁹⁴Sarraut, *La mise en valeur des colonies*, 38.

¹⁹⁵Alice L. Conklin, *A Mission to Civilize. The Republican Idea of Empire in France and West Africa, 1895-1939*, (Stanford: Stanford University Press, 1997), 7; Aristide Le Dantec, «L'école de médecine de Dakar», *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 8, (1920): 624; André Thiroux, «Historique de l'Assistance médicale indigène dans les colonies françaises», *L'hygiène sociale*, 63, (1931): 1190.

¹⁹⁶Paul Gouzien, *L'effort sanitaire dans les colonies françaises de 1880 à nos jours*, (Marseille: Barlatier, 1923), 5.

renouvellement de la population active et productive. Les causes furent attribuées avant tout aux endémies et aux épidémies et en particulier aux maladies suivantes: paludisme, syphilis, dysenterie, méningite cérébro-spinale, peste, fièvre jaune et variole. Elles furent aussi liées à l'incidence des maladies dites sociales¹⁹⁷. Les effets délétères de ces dernières ne se réduisaient pas seulement à une haute mortalité; ils auraient également entraîné une réduction du «coefficient de productivité¹⁹⁸», c'est-à-dire la quantité de travail fournie par les Africains. Et, parmi ces pathologies, figurait la tuberculose. Si la misère sociale était indexée comme engendrant les maladies qui ébranlaient l'organisme, la tuberculose, quant à elle, était accusée de faucher les adultes quand ils arrivaient au maximum de leur rendement¹⁹⁹. Il devenait donc nécessaire de contenir l'extension de cette maladie.

L'action entreprise contre la tuberculose ne fut évidemment pas menée de manière homogène dans les différents territoires de la Fédération. Elle allait connaître une plus grande intensité à Dakar, principale ville de transit de l'AOF mais aussi capitale commerciale, des affaires, ville militaire et administrative.

2-Dakar, fleuron de l'AOF

Le fait que Dakar abritait le siège de l'administration fédérale ne fut pas l'unique raison qui justifia les sollicitations en faveur de l'organisation de la lutte contre la tuberculose et contre toute autre maladie dans cette ville. En abritant le siège de l'état-major général, et en étant le point d'appui pour la flotte de guerre de la France, Dakar était aussi la capitale militaire de la Fédération²⁰⁰. Dans la seconde moitié du 19^e siècle, les pays européens intéressés par les produits exotiques africains nécessaires pour leurs industries en pleine expansion décidèrent de renforcer leur présence et leur influence dans le continent. S'en suivit une rude concurrence entre la France et la Grande Bretagne²⁰¹. Dans le cadre de ses rivalités navales et d'une quête d'une reconquête de son prestige au rang des nations puissantes de l'Europe, la France avait cherché à marquer sa

¹⁹⁷Les maladies sociales sont à l'époque des maladies considérées comme étant largement tributaires des conditions sociales et économiques dans lesquelles évoluent les individus qui en sont affectés

¹⁹⁸Gouzien, *L'effort sanitaire dans les colonies françaises*, 5.

¹⁹⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, «Notice annexe sur les mesures d'ordre général à appliquer dans la lutte contre les principales causes de dépeuplement et de déchéance des races indigènes», *JOAOF*, 1064, 1925.

²⁰⁰D'Anfreville de la Salle, «Dakar et la colonisation française», 503.

²⁰¹Jean Jolly, *Histoire du continent africain (des origines à nos jours)*, tome 2, (Paris: L'Harmattan, 1989), 27.

présence sur l'Atlantique en constituant des bases militaires²⁰². Disposer outre-mer de tels arsenaux était décrit comme signe de prestige et un enjeu majeur pour assurer l'indépendance nationale et la crédibilité de toutes les forces navales²⁰³. C'est dans ce contexte, que, en 1898, Dakar centre militaire le plus fortifié de l'AOF devint un point d'appui majeur pour la flotte française. Son port servait ainsi de refuge et de point de ravitaillement.

Aussi, les Français qui tenaient à leur «mission civilisatrice» voulaient à travers des actions médico-sanitaires menées dans leurs colonies montrer la bienfaisance de leur présence²⁰⁴. Considérée comme la façade de l'empire colonial de la France sur l'Atlantique, Dakar était aux yeux des autorités l'emplacement le mieux indiqué pour témoigner de l'œuvre médico-sanitaire accomplie²⁰⁵. En améliorant l'hygiène et le niveau de santé dans cette ville longtemps connue pour son insalubrité, l'administration coloniale pensait ainsi démontrer sa capacité à relever les niveaux de vie des populations qui étaient sous sa tutelle. Dakar devait par conséquent être une ville modèle qui devait laisser une excellente impression à toute personne qui visitait la Fédération²⁰⁶. La protection sanitaire de Dakar était également fondamentale pour assurer celle de toute l'AOF. Par son port, elle était considérée comme la porte d'entrée vers les autres colonies. C'était l'escale obligatoire pour tous les paquebots qui desservaient les autres possessions de l'Afrique de l'Ouest mais aussi le point de débarquement de toute personne rejoignant les autres colonies de la Fédération²⁰⁷.

Durant les quatre années du conflit, tout ce que l'AOF avait fourni à la métropole avait convergé vers cette ville qui abritait le principal port de transit de la Fédération. Les autorités sanitaires françaises, en analysant la situation au lendemain de la guerre, prirent conscience que si un incident sanitaire venait entraver le trafic de ce port, les conséquences allaient être graves pour les intérêts économiques de la métropole²⁰⁸. De fait, grâce à la construction de chemins de fer (Dakar-Saint-Louis et Thiès- Kayes-Niger) et d'un réseau de routes qui s'articulaient autour

²⁰²M'Bokolo, *Afrique noire, histoire et civilisations*, 272-273.

²⁰³Michèle Battesti, *La Marine au XIXe siècle. Interventions extérieures et colonies*, (Paris: Du May, 1993), 14; France, Aix-en-Provence, Archives nationales d'outre-mer (ANOM), Fonds Ministériel, Affaires politiques, dossier 3237, «Améliorations apportées et à apporter à l'hygiène du Sénégal et surtout au port et à la ville de Dakar», Paris, 1919.

²⁰⁴Conklin, *A Mission to Civilize*, 1-2.

²⁰⁵Ribot et Lafon, *Dakar, ses origines, son avenir*, 19.

²⁰⁶France, Aix-en-Provence, ANOM, Fonds Ministériel, affaires politiques, dossier 981, «Le Gouverneur Général de l'AOF au Ministre des Colonies, Correspondance n°363», 1924.

²⁰⁷Ribot et Lafon, *Dakar, ses origines, son avenir*, 65.

²⁰⁸France, Aix-en-Provence, ANOM, Fonds Ministériel, affaires politiques, dossier 3237, «Améliorations apportées et à apporter à l'hygiène du Sénégal et surtout du port et de la ville de Dakar», Paris, 1919.

d'elle, Dakar n'était pas uniquement le lieu de transit des produits naturels fournis par le Sénégal. La production du Soudan et de la Mauritanie y étaient également acheminées²⁰⁹. Ces produits amassés servaient en majeure partie à approvisionner l'industrie de la métropole. Par exemple, l'arachide du Sénégal était transformée à Bordeaux -ce n'est que vers la fin des années 1930 que les premières huileries virent le jour dans la colonie²¹⁰. Le port servait également de canal à l'importation des machines destinées à la mise en valeur de la Fédération²¹¹. A Dakar se trouvait en outre magasins et bureaux de grandes compagnies de commerce officiant dans la colonie et la Fédération plus généralement²¹².

Escale au carrefour des routes maritimes vers l'Afrique du Sud et l'Amérique du Sud, le port de Dakar se trouvait finalement au cœur du commerce international de la France²¹³. Grâce aux progrès de la navigation, il fut même possible d'étendre les lieux de collecte des marchandises et des matières premières dont le besoin s'accrut avec le développement de l'industrie²¹⁴. Ceci étant, vu les distances, il était nécessaire pour les flottes de bénéficier de sites pour se ravitailler. Le port de Dakar servit ainsi aussi de point de relâche²¹⁵. Il n'était par conséquent pas uniquement fréquenté par des navires français. Des paquebots étrangers y trouvaient également refuge pour se ravitailler, ce qui engendrait d'ailleurs des profits notoires²¹⁶.

Pour ces différentes raisons, la préservation de la santé publique à Dakar revêtit, selon l'expression de Gabriel Louis Angoulvant, Gouverneur général de l'AOF de janvier 1918 à juillet 1919, une importance qui dépassait carrément l'intérêt de la ville et de la colonie²¹⁷. La sécurisation des intérêts de la France la réclamait. Dès lors émergea l'idée de mettre sur pied un système qui servirait coûte que coûte à protéger la ville contre la moindre éclosion épidémique et

²⁰⁹Charles Morazé, «Dakar», *Annales de géographie*, 258, (1936): 615.

²¹⁰Catherine Coquery-Vidrovitch, «Vendre: le mythe économique colonial», dans *Culture coloniale 1871-1931*, Sandrine Lemaire et Pascal Blanchard, dir. (Paris: Autrement, 2003), 164.

²¹¹Morazé, «Dakar», 615.

²¹²Jean Dresch, «Villes d'Afrique noire», *Cahiers d'outre-mer*, 11, (1950): 217.

²¹³France, Aix-en-Provence, ANOM, Fonds Ministériel, Affaires politiques, dossier 981, «Le Gouverneur Général de l'AOF au Ministre des Colonies», 1924.

²¹⁴Jean-Claude Caron et Michel Vernus, *L'Europe au XIXe siècle. Des nations au nationalisme 1815-1914*, (Paris: Armand Colin, 1996), 400.

²¹⁵Derwent Whittlesey, «Dakar and the other Cape Verde Settlements», *Geographical Review* 31, 4, (1941): 637.

²¹⁶D'Anfreville de la Salle, «Dakar et la colonisation française», 499.

²¹⁷France, Aix-en-Provence, ANOM, Fonds Ministériel, Affaires politiques, dossier 3237, «Assainissement de la ville et du port de Dakar, 1917-1919: Note pour monsieur le conseiller d'État, directeur des services de l'Afrique occidentale et de l'Afrique équatoriale française», Paris, 1919.

l'importation des maladies²¹⁸. On pensa par conséquent une meilleure prise en charge de la santé publique mais aussi un plus grand interventionnisme des pouvoirs centraux car, d'après certains médecins, les élus de Dakar, soucieux de ménager leur électorat, n'avaient pas vraiment jusque-là veillé au respect des règles d'hygiène²¹⁹.

C-Liquider le passé et préparer l'avenir

Pour assurer un niveau sanitaire convenable à Dakar, différentes initiatives furent prises par le gouvernement colonial à partir de 1921. Il ne s'agissait plus de laisser à la population locale l'initiative d'assurer la gestion de cette ville; il était en parallèle question d'établir un contact plus intime avec les populations locales pour prévenir et contenir les maladies qui entravaient leur propre «développement social».

1-Pour une nouvelle organisation administrative et sanitaire

Sur le plan administratif, un nouveau système fut mis en place. En fait, les bases de l'administration de Dakar comme des autres communes de plein exercice du Sénégal prirent appui sur la politique d'assimilation de la France. Cette dernière impliquait que les territoires où elle était appliquée devaient bénéficier de la même organisation administrative que la France²²⁰. Sur le plan politique, elle se traduisait par le rejet du modèle politique africain et une reproduction de celui en vigueur en France. Ce qui poussa l'historien et africaniste marxiste Jean Suret-Canale à soutenir que cette assimilation n'avait qu'une signification négative²²¹. Il se trouve que, en Afrique occidentale, le Sénégal fut le seul pays où cette politique fut véritablement appliquée. Si l'existence d'un maire y est attestée dès le 18^e siècle, c'est le décret du 10 août 1872 qui érigea en communes de plein exercice les villes de Saint-Louis et de

²¹⁸France, Aix-en-Provence, ANOM, Fonds Ministériel, Affaires politiques, dossier 579, Circonscription de Dakar et dépendances, Rapport d'ensemble, 1925.

²¹⁹Léon d'Anfreville de la Salle, «L'hygiène comparée de Bathurst et de nos villes sénégalaises», *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 8, (1910): 548.

²²⁰Voir: Raymond F. Betts, *Assimilation and Association in French colonial Theory*, (New York: Columbia University Press, 1961); Michael Crowder, *Senegal: A study of French assimilation policy*, (Londres: Oxford University Press, 1962); Johnson, *Naissance du Sénégal contemporain*.

²²¹Jean Suret-Canale, *Afrique noire occidentale et centrale*, tome 2, *L'ère coloniale (1900-1945)*, (Paris: Éditions sociales, 1977), 111.

Gorée²²². Dans ces communes, les hommes adultes ayant la citoyenneté avaient le droit de participer activement à la gestion de leur cité en élisant le gouvernement municipal (conseil municipal et maire)²²³. La commune de Gorée comprenait alors deux sections, Gorée et son annexe Dakar. Toutefois, à partir du moment où du fait de son évolution Dakar devenait plus importante que Gorée, cette situation ne pouvait perdurer²²⁴. En 1887, Dakar accéda au statut de commune de plein exercice. Cependant, jusqu'au lendemain de la Grande Guerre, les Africains étaient minoritaires dans le gouvernement municipal de la ville. Mais grâce au développement de l'enseignement occidental et à la loi Blaise Diagne de 1916 qui permettait une reconnaissance définitive de la citoyenneté des originaires longtemps contestée, l'électorat dakarois augmenta considérablement²²⁵. À partir de 1919, les Africains prenaient même le contrôle de la commune. Suite aux élections municipales de décembre, ils devinrent majoritaires au conseil municipal alors que, en 1920, le candidat des Lébou, Blaise Diagne, était élu maire de Dakar²²⁶.

Une élection avec des conséquences: pour réduire le contrôle des Africains sur la ville, les services municipaux d'hygiène et de salubrité publique, dévolus antérieurement au maire, furent d'abord retirés des mains de l'autorité municipale²²⁷. Le maire avait pour fonction de promulguer les décrets émis par l'administration coloniale qui concernaient la ville. Il avait aussi le pouvoir de prendre des décisions concernant les questions relatives à la police, à la santé publique, la voirie et les taxes municipales²²⁸. En 1923, dans l'optique de balayer l'insalubrité ambiante considérée comme favorisant les maladies sociales, endémiques et épidémiques, une commission fut nommée en vue d'étudier et d'établir un programme d'assainissement pour la ville de Dakar²²⁹. En 1924, Dakar fut carrément détachée de la colonie du Sénégal, formant avec sa banlieue nord et nord-est qui abritaient les installations militaires de Ouakam et de Thiaroye, la

²²²Voir Johnson, *Naissance du Sénégal contemporain*, 3-37.

²²³Morazé, «Dakar», 624.

²²⁴Henri Jacques Légier «Institutions municipales et politique coloniale: Les communes du Sénégal», *Revue française d'histoire d'outre-mer* 55, 201, (1968): 427.

²²⁵Pour certains Européens, les Africains ne pouvaient garder leur statut personnel (loi privée en matière de mariage, de divorce, de mariage, leur religion) et bénéficier pleinement de la citoyenneté. Certains avaient aussi peur de l'électorat que constituaient ces citoyens. La conséquence fut, le refus ou le retrait de la citoyenneté à certains originaires à différentes périodes du 19^e et du début du 20^e siècle.

²²⁶Ndiouga Adrien Benga, «L'évolution politique de la ville de Dakar de 1924 à 1960», (Mémoire de M.A., Université de Dakar, 1989), 16; Johnson, *Naissance du Sénégal contemporain*, 250.

²²⁷Benga, «L'évolution politique de la ville de Dakar», 29.

²²⁸Hesseling, *Histoire politique du Sénégal*, 39.

²²⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H15: Assainissement de la ville de Dakar, «Décision nommant une commission chargée d'étudier les moyens d'Assainir Dakar», Dakar, 1923.

station expérimentale de Hann et les prises d'eau qui alimentaient l'espace urbain en eau potable et, la commune de Gorée considérée comme ne pouvant «vivre par elle-même», la Circonscription administrative de Dakar²³⁰. La nouvelle organisation attribuait au Gouverneur général le contrôle direct de la gestion de Dakar puisque le lieutenant-Gouverneur en charge de l'administration de la circonscription était placé sous sa tutelle directe²³¹.

Dans ces nouvelles conditions, l'une des mesures phares fut la réforme de l'organisation sanitaire de la ville. Par un arrêté datant du 2 avril 1925 fut créé et organisé le service sanitaire de la Circonscription de Dakar et Dépendances. Ce service, qui relevait jusque-là de l'autorité du chef du service de santé du Sénégal, fut placé sous la direction de l'administrateur de la Circonscription. Celui-ci était assisté d'un conseil sanitaire et d'un médecin principal des Troupes coloniales, chef de service. Un dispositif capable d'étendre le champ d'action des services de santé avait également été progressivement mis en place. Il se traduisait par l'élaboration de stratégies destinées à étendre l'encadrement médical (surveillance de l'hygiène, éducation sanitaire, dépistage et traitement des maladies...). D'après les autorités françaises, la restriction des soins aux structures des services de santé jusque-là avait eu comme conséquence la non-prise en charge de la majorité de la population. Dès 1924, le ministre des Colonies Edouard Daladier donnait des directives d'ordre général destinées à mieux organiser l'extension de la médecine préventive²³². Deux années plus tard, le personnel médical de l'AOF recevait de la part du Gouverneur général de l'époque, Jules Carde, des instructions relatives aux objectifs de la nouvelle organisation de l'AMI ainsi que les moyens à employer pour y parvenir²³³. L'objectif principal était de donner aux populations locales un accès plus large aux services de santé²³⁴.

L'effort devait porter non pas sur les hôpitaux, construits à grand frais, mais sur les formations réduites, assez nombreuses pour être à la portée de toutes les populations et qui devaient être à la fois des centres de traitement et des points d'observation sanitaire, de dépistage épidémique et de propagande préventive. L'insuffisance des ressources en argent et en personnel

²³⁰France, Aix-en-Provence, ANOM, Fonds Ministériel, Affaires politiques, dossier 981, «Le Gouverneur Général de l'AOF au Ministre des Colonies», Correspondance n°363, 1924.

²³¹Benga, «L'évolution politique de la ville de Dakar», 19.

²³²Sénégal, Dakar, Archives nationales, «Instructions relatives au développement des services de médecine préventive, hygiène et assistance dans les colonies», JOAOF, n°1064, 1925.

²³³Gouvernement Général de l'AOF, *Instructions sur le développement de l'Assistance médicale*, (Gorée: Imprimerie du Gouvernement, 1927), 4.

²³⁴Jules Carde, *Discours à l'ouverture de la session du conseil du gouvernement*, 18.

fut avancée pour justifier ces choix. En effet, la nouvelle conception de l'Assistance médicale mise en place par le Ministre était présentée comme offrant l'avantage d'être moins onéreuse pour les budgets mais aussi comme pouvant permettre d'étendre à un plus grand nombre d'individus les bienfaits de la médecine française et de plaire tout particulièrement aux indigènes qui hésitaient souvent, on en avait des preuves, à se faire hospitaliser²³⁵. Il fallait par ailleurs limiter l'assistance curative en allant au-devant des maladies et en agissant avant leur éclosion²³⁶. Ainsi, furent mis en place des dispensaires chargés d'assurer les soins et la consultation journalière mais spécialement aiguillés vers le dépistage des maladies et l'application de mesures préventives destinées à empêcher leur propagation²³⁷.

Cependant, pour ce qui est du personnel, cette œuvre de médicalisation ne pouvait évidemment pas être l'œuvre exclusive des médecins des Troupes coloniales et des médecins civils de l'AMI qui étaient de toute façon en nombre très insuffisant, des effectifs que les maigres budgets des colonies de l'AOF peinaient déjà à entretenir²³⁸.

2-Embaucher des auxiliaires africains

Jusqu'en 1890, les colonies étant gérées par un sous-secrétariat ou une direction de la Marine, leur service de santé fut par conséquent confié au ministère de la Marine²³⁹. L'action sanitaire était ainsi menée par les officiers de santé puis par les médecins de la Marine. Ceux-ci étaient détachés pour une période de un à deux ans dans les hôpitaux coloniaux tout en relevant de leur Ministère de tutelle pour tout ce qui concernait leur avancement, discipline et l'organisation de leur corps²⁴⁰. Cependant, le fait d'assurer en même temps le service de la flotte ne leur permettait pas d'avoir la latitude nécessaire pour étudier les questions d'ordre général qui touchaient à l'hygiène et à l'amélioration du régime sanitaire des possessions d'outre-mer²⁴¹.

²³⁵ André Thiroux, «Historique de l'Assistance médicale indigène», 1190.

²³⁶ Carde, *Discours à l'ouverture de la session du conseil*, 1924, 18.

Sénégal, Dakar, Archives nationales, «Instructions relatives au développement des services de médecine préventive, hygiène et assistance dans les colonies», JOAOF, n°1064, 1925.

²³⁸ Alexandre Lasnet «Formation et recrutement du personnel médical aux colonies», *L'Hygiène sociale*, 63, (1931):1196.

²³⁹ Georges Treille, *Organisation sanitaire des colonies: progrès réalisés, progrès à faire*, (Marseille: Balatier, 1906), 50.

²⁴⁰ Pierre Tirard, «Rapport au Président de la République, suivi d'un décret portant constitution et organisation du Corps de santé des Colonies et pays de protectorat», *Bulletin officiel de l'administration des colonies*, 1, (1890), 85.

²⁴¹ *Ibid.*, 85.

Avec la pacification, l'installation d'un gouvernement civil et l'extension du domaine colonial, la séparation des services administratifs coloniaux d'avec la Marine fut envisagée et finalement entérinée en 1890²⁴². Le 7 janvier de la même année, était créé le Corps de santé des colonies et protectorat qui avait pour mission d'assurer le service de santé dans l'ensemble des hôpitaux, des établissements et services coloniaux des possessions française²⁴³. Il relevait désormais du ministère des Colonies; ses membres devaient être titulaires d'un diplôme de docteur en médecine ou d'un titre de pharmacien universitaire de 1^{ere} classe mais surtout être français ou naturalisés français²⁴⁴. Le Corps n'était par contre pas réservé aux militaires. Les médecins civils français et aptes au service militaire furent autorisés à l'intégrer²⁴⁵. Cependant, vu le caractère peu avantageux et dangereux de la carrière outre-mer, ces derniers furent peu nombreux à s'engager pour les colonies²⁴⁶. Du coup, l'insuffisance numérique du personnel médical européen fut récurrente; elle apparaît comme un leitmotiv dans les rapports de santé périodiques, malgré le recours à des médecins français contractuels et civils ou encore à des médecins russes à partir de 1925²⁴⁷.

En parallèle, on estimait que pour attirer les Africains vers la « médecine occidentale» et les soustraire par là même à l'emprise des guérisseurs locaux, il était nécessaire de contourner la barrière raciale et culturelle qui existait entre soignants et soignés. L'idée de former du personnel indigène à la médecine scientifique faisait son chemin –prenant appui sur des expériences antérieures en Indochine et à Madagascar en particulier²⁴⁸: en envoyant un personnel qui partageait les mêmes valeurs que les malades tout en étant en même temps éduqué aux méthodes

²⁴²Jean Guillermand, éd. *Histoire de la médecine aux armées, tome 2, De la Révolution française au conflit mondial de 1914*, (Paris: Lavauzelle, 1984), 353.

²⁴³«Décret portant constitution et organisation du Corps de santé des Colonies et pays de protectorat», *Bulletin officiel de l'administration des colonies*, 1, (1890): 86-97.

²⁴⁴*Ibid.*, 88.

²⁴⁵Guillermand, *Histoire de la médecine aux armées*, 354.

²⁴⁶Marc Michel, «Le corps de santé des Troupes Coloniales», dans *Histoire des Médecins et pharmaciens de Marine et des colonies*, Pierre Pluchon dir. (Toulouse: Privat, 1985), 188.

²⁴⁷Les médecins contractuels étaient des médecins civils au service de l'administration mais qui ne voulaient pas, ou qui, à cause de leur âge ou de leur sexe, ne pouvaient pas faire carrière comme fonctionnaire alors que les médecins libres étaient des praticiens qui se mettaient au service d'une clientèle privée leur permettre d'assurer leur subsistance. A noter que dans la plupart des colonies françaises les médecins coloniaux pouvaient faire de la clientèle privée en parallèle à leurs fonctions publiques.

²⁴⁸Le Dantec, «L'école de médecine de Dakar», 624.

européennes de gestion des maladies, on ferait d'une pierre deux coups²⁴⁹. L'expérience n'était en l'occurrence pas complètement nouvelle.

Au tournant des années 1880, des infirmiers indigènes auraient été adjoints au personnel médical français. Sans qualification, ils étaient choisis soit dans l'entourage des Européens ou parmi les élèves des écoles²⁵⁰. Ils faisaient leur apprentissage sur le tas, dans les établissements hospitaliers de la colonie; ils eurent ainsi à assister les praticiens européens durant les guerres de conquête, prodiguant des soins aux blessés²⁵¹. S'ils n'étaient pas nombreux en 1889, dix ans plus tard, leur nombre aurait augmenté au point de pousser les gouverneurs à mettre sur pied une réglementation pour distinguer les cadres locaux d'infirmiers indigènes subalternes de ceux des infirmiers européens²⁵². En 1906 était créé le corps des aides-médecins destinés à être employés à l'Assistance médicale sous la direction des médecins européens. Ces derniers, pendant deux ans, devaient les initier aux pansements et aux précautions antiseptiques qu'ils exigeaient, à la réduction des luxations et des fractures, aux diverses pratiques de la petite chirurgie, aux soins courants ou encore à la vaccine (vaccination antivariolique)²⁵³.

Ces auxiliaires devaient servir d'interprètes et d'intermédiaires auprès des populations locales. Dans les centres éloignés, ils pouvaient aussi servir d'aides ou de suppléants pour les médecins. Cependant, leur utilisation fut un échec du fait du décalage énorme qui existait entre la formation lacunaire qu'ils recevaient à l'époque et le rôle qu'on voulait leur faire jouer²⁵⁴. On assista ainsi à une volonté d'élever leur niveau. En 1916, un arrêté créait une école pratique de médecine destinée à assurer leur formation²⁵⁵. Avec l'engagement d'une partie du personnel médical européen dans le conflit, se fit sentir la nécessité de trouver des auxiliaires autochtones qualifiés. Le 1^{er} février 1918 fut ainsi promulgué le décret du 14 janvier 1918 instituant l'École de médecine de Dakar qui avait pour mission de former des auxiliaires médicaux indigènes (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmières-visiteuses) qui concouraient dans toutes les

²⁴⁹Charles Crozat, «Formation et rôle des sages-femmes», *L'hygiène sociale*, 63, 1931: 1201; Louis Couvy, «Formation morale et technique des médecins indigènes», *L'hygiène sociale*, 63, 1931: 1200.

²⁵⁰Voir Mbaye, «Étude d'une profession de santé», 10; Diop, «Santé et colonisation au Sénégal», 28.

²⁵¹Diop, «Santé et colonisation au Sénégal», 28.

²⁵²Henri Brunshwig, *Noirs et Blancs dans l'Afrique noire française*, (Paris: Flammarion, 1983), 194-196.

²⁵³Sénégal, Dakar, Archives nationales, «Rapport au gouverneur général de l'AOF suivi d'un Arrêté portant création d'aides-médecins indigènes de l'Assistance médicale indigène de l'Afrique occidentale française», *JOAOF*, 54, (1906).

²⁵⁴Voir Jean-Paul Bado, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase, humaine et onchocercose*, (Paris: Karthala, 1996), 183-184.

²⁵⁵ Sénégal, Dakar, Archives nationales, «Arrêté créant une école pratique de médecine», *JOAOF*, 618, (1916).

colonies de l'AOF aux services de l'AMI, sous la direction et le contrôle des médecins européens²⁵⁶. L'enseignement dispensé à l'École de Dakar devait être simple, concret et orienté vers la pratique et la connaissance des affections de l'ouest africain²⁵⁷. Pour justifier la place négligeable attribuée aux connaissances théoriques dans la formation, certains médecins européens pointaient du doigt l'esprit trop simple des Africains pour assimiler un enseignement didactique et théorique, l'absence d'une culture classique et d'une évolution intellectuelle alors que d'autres faisaient appel à leur incapacité à faire un effort pour comprendre ou encore l'absence d'un sens critique chez eux²⁵⁸.

Les réformes ainsi entreprises témoignaient assurément de l'intérêt important que le gouvernement fédéral tenait désormais à accorder à la protection sanitaire de Dakar et de ses environs immédiats. Dans un contexte pareil, l'idée que la tuberculose puisse être diffuse au sein de la population africaine ne pouvait qu'inquiéter les autorités sanitaires et commander des interventions. Il n'est donc pas surprenant que le corps de santé chercha à avoir une meilleure connaissance de sa distribution ainsi que des facteurs qui expliquaient son extension.

De l'analyse faite dans ce chapitre, il ressort que les carences en matière de connaissance de la tuberculose et de l'état sanitaire des populations dakaroises ont participé à expliquer les insuffisances enregistrées dans l'établissement d'une prise en charge de la maladie. Il est aussi évident que, c'est en fonction de l'impact que la tuberculose pouvait avoir sur la productivité des individus impliqués dans l'exécution des projets militaires et économiques de la France que s'est définie la place qu'il fallait accorder à cette maladie parmi les préoccupations sanitaires de l'état colonial. Ce qui confirme que loin de constituer une action humanitaire ou une œuvre de bienfaisance, la prise en considération des maladies qui affectaient les Africains par l'état colonial français ne peut être dissociée du projet de mise en valeur des ressources des territoires colonisés.

²⁵⁶Louis Couvy, «Formation morale et technique», 1199.

²⁵⁷Pasteur Vallery-Radot, «Le splendide effort de l'Afrique occidentale française», *Revue des deux mondes* 31, 1, (1936), 42; Jules Brévié, «La vie de l'AOF et l'école», *Bulletin de l'enseignement de l'Afrique occidentale française*, 73, (1930): 4.

²⁵⁸Couvy, «Formation morale et technique», 1199; Crozat, «Formation et rôle des sages-femmes», 1200.

Une fois mise en évidence l'extension que la tuberculose enregistrait à Dakar, il fallait comprendre les modalités de distribution du bacille de Koch, une phase cruciale pour mieux organiser un plan de lutte antituberculeux. Le personnel de santé allait essayer de s'appuyer sur des données recueillies dans les services de santé pour mieux connaître l'épidémiologie de la tuberculose à Dakar et ainsi produire un savoir qui allait permettre de montrer que des Africains n'ayant eu aucun contact avec des Occidentaux contractaient la maladie. Dès lors, les Dakarois n'allaient plus être considérés comme des êtres passifs à qui le bacille tuberculeux était transmis par des Européens. Ils allaient être décrits comme les principaux responsables de l'extension de l'infection tuberculeuse à Dakar et même au-delà de la ville, ce qui allait offrir une base solide à la légitimation d'un plus grand interventionnisme médico-sanitaire au sein de leurs concessions.

Chapitre 2 -Savoirs et discours autour de la tuberculose et du tuberculeux à Dakar: construction et usages

Dans la seconde moitié du 19^e siècle prévalait encore dans l'opinion médicale française la conviction de l'hérédité de la tuberculose²⁵⁹. Les partisans de cette explication à la transmission, réfractaires à l'idée de contagion, s'appuyaient sur l'observation de cas multiples de tuberculose dans une même famille pour soutenir leur position²⁶⁰. A partir de 1865, Jean-Antoine Villemin, en démontrant que certains enfants contractaient la maladie sans pour autant que leurs parents soient malades²⁶¹, mais aussi en faisant la lumière sur les modalités de contraction de l'infection tuberculeuse remettait en question cette thèse de l'hérédité²⁶². Suite à ses recherches, mais aussi grâce aux multiples travaux de médecins qui au cours du siècle menèrent leurs observations au-delà des structures sanitaires et des services de santé, des liens furent établis entre la tuberculose et les conditions de vie des populations²⁶³. S'imposa dès lors progressivement la notion de tuberculose en tant que maladie sociale²⁶⁴. Au moment où l'existence de l'infection tuberculeuse chez les Dakarois devenait évidente aux yeux du corps médical français, les liens qui pouvaient exister entre cette maladie et facteurs socio-culturels avaient déjà été démontrés. C'est donc en toute logique que, dans la quête d'une compréhension des mécanismes qui justifiaient son extension à Dakar, le personnel de santé manifesta un intérêt pour les conditions dans lesquelles évoluaient les malades diagnostiqués. Par exemple, sur la fiche de consultation sur laquelle le praticien devait inscrire des informations sur le tuberculeux, il est possible de voir une section réservée à la situation matérielle du malade ou encore à l'hygiène de son logement²⁶⁵.

L'analyse faite dans ce chapitre est destinée à mettre la lumière sur les différentes stratégies adoptées par le personnel de santé pour produire un savoir qui allait lui permettre de mieux comprendre l'épidémiologie de la maladie tuberculeuse à Dakar spécifiquement. Nous

²⁵⁹Delarue, *La tuberculose*, 12.

²⁶⁰Jean Antoine Villemin, *Études sur la tuberculose, Preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*, (Paris: Baillière et fils, 1868), 279.

²⁶¹*Ibid.*, 275.

²⁶²*Ibid.*, 304.

²⁶³Guillaume, *Du désespoir au salut*, 131-132.

²⁶⁴Bardet, Bourdelais et Guillaume, *Peurs et terreurs face à la contagion*, 162.

²⁶⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1938.

allons constater que, entre 1924 et 1948, s'était développée dans la ville une conception large de l'origine de la maladie; elle n'était pas pensée comme étant uniquement due au bacille de Koch mais liée à la promiscuité dans les logements ou encore à la faible résistance physique des Africains aux maladies. Ceci étant, les médecins français évoquaient rarement les liens qui existaient entre les transformations vécues par la ville de Dakar suite à la conquête française et la dissémination évidente de la maladie infectieuse. Or, il est impossible de comprendre l'épidémiologie de cette dernière sans une prise en considération de l'incidence de l'intensification de la mise en valeur de la ville dans la première moitié du 20^e siècle.

Par conséquent, après avoir analysé les facteurs qui expliquaient les choix faits par le corps médical de mettre en avant certains éléments et d'en occulter d'autres pour expliquer la distribution de la tuberculose à Dakar, nous allons dévoiler les connections qui existaient entre les changements socio-économiques que Dakar connut et la diffusion de l'infection tuberculeuse dans l'entre-deux-guerres. Nous allons montrer que des processus internes à la capitale fédérale et d'autres qui lui étaient externes ont interagi pour modifier les modes de production, changer la structure démographique de la ville et créer finalement des conditions qui ont participé à faciliter la dissémination du bacille tuberculeux, en en faisant certes une maladie sociale mais une maladie sociale typique de cette ville coloniale en pleine mutation.

1. Classer pour mieux savoir

Dès que la lumière fut faite sur la réalité de la tuberculose à Dakar, le personnel médical en service dans la ville fut sommé par les autorités sanitaires coloniales de procéder à une classification des malades. Durant les premières années de l'organisation de l'AMI (1905-1910), l'établissement de statistiques de morbidité et de mortalité avait pour objectif de mettre en évidence, grâce à des chiffres précis, les efforts faits par les autorités françaises pour «améliorer le sort des Africains». Il s'agissait, concrètement, en documentant le nombre exact de malades traités ainsi que le nombre de pansements qui leur avaient été distribués dans chaque centre médical, de donner des preuves de l'acquisition des Africains à la médecine occidentale²⁶⁶. Avec la tuberculose, au lendemain de la guerre, les objectifs changèrent. Puisqu'il était impossible

²⁶⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1763-1920), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1906.

d'envisager guérir la maladie, il fallait identifier et intervenir auprès des catégories de populations les plus affectées mais aussi distinguer et agir sur les différents éléments qui favorisaient la dissémination du bacille tuberculeux. C'est dans ces conditions que débuta, au sein des structures de santé, une catégorisation des patients²⁶⁷ et que furent menées des investigations sur les conditions d'hygiène dans lesquelles ils vivaient. Une attention fut accordée, entre autres, aux dimensions de leurs chambres, leur aération ou encore au nombre d'occupants par pièce. En établissant des liens entre ces derniers et la distribution de la maladie, le caractère social de la maladie allait ainsi être mis en évidence mais aussi, allait se faire une redistribution des rôles dans la dissémination du bacille tuberculeux. L'Africain fut progressivement accusé d'adopter des attitudes qui expliquaient à elles seules l'extension de la maladie à Dakar. De maladie sociale, la maladie devenait dakaroise et responsabilité des (mauvaises) habitudes de vie du colonisé. Tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessous, le personnel médical s'intéressa en particulier au statut professionnel des malades.

Tableau 2. – Distribution de la tuberculose chez les indigènes selon la profession²⁶⁸

Profession	Nombre de malades
Commerçants	2
Employés du commerce	6
Employés de l'Administration	5
Cultivateurs	16
Manœuvres	16
Matelots	2
Maçons	5
Mécaniciens	9

²⁶⁷Léger et Huchard, «Contribution à l'étude de la tuberculose au Sénégal», 345.

²⁶⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1926.

Menuisiers	3
Cuisiniers	2
Divers	10
Ménagères	7
Enfants	3

Il est intéressant de remarquer ici que si les professions apparaissent pour établir une topographie des couches de la population les plus affectées, il n'était alors nullement question de vérifier si les conditions dans lesquelles les malades travaillaient participaient à faciliter la propagation du bacille tuberculeux ou à expliquer leur vulnérabilité face à la tuberculose. Ce que la prise en compte du statut professionnel permettait, c'était de montrer que la tuberculose ne se retrouvait pas uniquement auprès de ceux qui travaillaient directement avec les Européens. En effet, il s'était développé dans l'opinion, qu'à Dakar, le personnel qui était directement en contact avec les Occidentaux était parmi les plus prédisposés à l'infection bacillaire. Cette assertion était la conséquence de l'idée selon laquelle la maladie était inconnue des Africains et que c'étaient les Européens qui l'auraient introduite dans la ville. A partir de là, les employés de commerce et exceptionnellement les fonctionnaires avaient initialement été perçus comme étant les principaux disséminateurs du bacille de Koch²⁶⁹. Mais grâce à ce nouvel effort de classification, on avait pu affirmer que la maladie était aussi fréquente chez les cultivateurs, des individus qui n'étaient pas en contact permanent avec les Occidentaux.

Grâce à cette classification, il était aussi possible d'enregistrer des variations dans la distribution de la tuberculose chez les Européens et les Africains. Les enregistrements faits dans les services de santé à Dakar laissent en effet apparaître très peu de malades occidentaux. C'est explicable du fait que le rapatriement était la norme chez les tuberculeux européens car comme l'a montré Alfred Borius pour le Sénégal justement -on s'empressait de renvoyer les phthisiques, devenus inutiles, en convalescence en sanatorium en France²⁷⁰. Ce ne fut toutefois pas seulement parce qu'ils étaient pour le plus grand nombre renvoyés en France dès que la lésion était patente

²⁶⁹Toullec, «La tuberculose des Sénégalais», 645.

²⁷⁰Bérenger Féraud, *Traité clinique des maladies des Européens*, 195; Borius, *Les maladies du Sénégal*, 290.

ou que les intéressés en manifestaient le désir. En fait, la tuberculose chez eux n'était souvent mentionnée qu'accessoirement comme cause de décès et ne figurait pas dans les statistiques officielles. Cela permettait, selon Marcel Léger, de ménager à la famille des droits à une pension légitime que donnait la mort pour cause de maladie endémique²⁷¹. Ainsi, ne restaient à l'Hôpital colonial de Dakar que les malades européens qui refusaient le rapatriement ou ceux dont l'état rendait impossible tout voyage. Information plus intéressante obtenue grâce à ces efforts de documentation: tous les malades ne provenaient pas du même endroit.

Furent ainsi constatées des évolutions différentes de la maladie parmi les Africains. Selon certains médecins, la tuberculose du Dakarais adulte évoluait suivant les formes classiques de la tuberculose européenne avec une tendance à la chronicité²⁷². Cette forme se terminerait par des améliorations, des guérisons fréquentes et des survies²⁷³. Quant à l'Africain provenant de la brousse, il développait lui une «tuberculose de type suraigu» comparable à la tuberculose de l'enfant²⁷⁴. La tuberculose chronique aurait démontré que la personne malade aurait une certaine immunité acquise grâce à des infections antérieures. Par contre, la tuberculose à forme aiguë aurait témoigné du fait que ceux qui en souffraient avaient vécu en dehors de tout contact avec le bacille tuberculeux et n'avaient acquis aucune résistance face à la maladie²⁷⁵. Ces différences face à la maladie furent interprétées comme des signes de degrés de civilisation différents. Selon Amédée Borrel, si des individus développaient des formes chroniques de la maladie c'était parce qu'ils avaient été en contact avec la civilisation grâce à un séjour en milieu urbain²⁷⁶. Des distinctions furent également opérées en fonction de la religion des malades, ce qui servit à constater une égale répartition de la maladie entre musulmans et non musulmans. Toutefois, selon les autorités sanitaires, la maladie était plus grave et son évolution plus rapide chez les buveurs d'alcool²⁷⁷.

Le personnel de santé ne se contenta cependant pas uniquement de montrer la distribution différentielle de la tuberculose au sein de la population dakaroise. Il chercha aussi à mettre en

²⁷¹Léger, «La tuberculose au Sénégal», 514.

²⁷²Georges Curasson «Relations entre la tuberculose humaine et la tuberculose porcine à Dakar», *Bulletin de la Société médico-chirurgicale française de l'ouest-africain*, 4, (1919): 11.

²⁷³Borrel, «Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires», 114.

²⁷⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires* de l'AOF, 1927.

²⁷⁵Voir Calmette, «L'infection tuberculeuse», 109-173.

²⁷⁶Borrel, «Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires», 115.

²⁷⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des Services sanitaires de l'AOF*, 1926.

exerger les facteurs qui, à son avis, expliquaient la dissémination du bacille de Koch, quitte à avancer des arguments qui n'avaient parfois rien à voir avec l'explication pastorienne de la maladie, démontrant que le savoir produit au 19^e siècle sur les causes de la maladie ne s'était pas complètement substitué aux idées préconçues sur sa distribution différentielle. Et peut-être tout particulièrement pas en contexte colonial. Certaines habitudes des populations locales furent ainsi taxées de faciliter la contraction de la maladie. Était ainsi soutenu que la façon de s'habiller des Dakarais était peu appropriée au climat de la région et pouvait expliquer leur sensibilité à l'infection tuberculeuse. Nombreux seraient ainsi ceux qui se seraient trop peu vêtus et surtout auraient trop peu vêtu leurs enfants qui se trouvaient ainsi à la merci du moindre refroidissement qui les sensibilisait à la tuberculose²⁷⁸. La tuberculose aurait également été fréquente chez les Dakarais parce qu'ils crachaient à terre continuellement, créant un danger permanent à l'intérieur des cases où séjournaient les malades et où le pouvoir stérilisateur du soleil ne pouvait agir²⁷⁹. Le fait que les populations autochtones partageaient les mêmes plats lors des repas fut également considéré comme facilitant la diffusion de la maladie²⁸⁰. Si, aujourd'hui, la transmission par les couverts, les verres ou les assiettes est considérée comme d'une importance secondaire, à l'époque, on estimait que c'était là une autre source importante de dissémination du bacille tuberculeux²⁸¹. Ce discours ne responsabilisait pas seulement le Noir mais aussi donnait un justificatif à l'intrusion par le personnel de santé dans l'espace domestique de celui-ci.

Malgré certains errements du personnel médical dans sa mise en relief des déterminants de l'extension de la tuberculose à Dakar, nul ne peut ainsi s'empêcher de reconnaître que la classification faite dans les services de santé a largement contribué à consolider les connaissances sur les spécificités locales du cours de la tuberculose. Il apparaissait ainsi évident que les populations locales n'étaient pas épargnées par la maladie et qu'elles ne pouvaient être exclues des acteurs qui participaient à distribuer le bacille tuberculeux dans la ville. Cependant, dès que fut reconnu que la tuberculose était diffuse en milieu africain, certains médecins allaient commencer à soutenir que les tirailleurs et les Européens primitivement reconnus comme

²⁷⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des Services sanitaires de l'AOF*, 1926.

²⁷⁹En effet, dès 1890 avait été signalé que les bacilles tuberculeux périssaient assez rapidement lorsqu'ils étaient exposés à l'action directe des rayons solaires, et plus lentement à la lumière diffuse alors que l'obscurité favoriserait la persistance et la virulence des bacilles desséchés (Calmette, «L'infection bacillaire», 46; Delarue, *La tuberculose*, 38-39).

²⁸⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des Services sanitaires de l'AOF*, 1929.

²⁸¹Delarue, *La tuberculose*, 40.

responsables du développement de la maladie à Dakar n'étaient finalement pas les personnes à incriminer.

2-Des catégories de malades mouvantes

Jusqu' en 1927, on pouvait noter dans un rapport de santé que la diffusion de la tuberculose à Dakar provenait de deux sources principales dont l'une était constituée par les Occidentaux tuberculeux²⁸². En 1935, Maurice Blanchard, attribuait la dissémination du bacille de Koch aux employés de commerce et, exceptionnellement, à des fonctionnaires européens qui dans leurs magasins ou leurs bureaux étaient en contact permanent avec la population autochtone²⁸³. Étaient aussi distingués comme diffuseurs de la maladie, les tuberculeux européens qui venaient s'installer à Dakar, pensant que le climat aurait des effets bénéfiques sur leur maladie²⁸⁴. Les Occidentaux ne furent pas les seuls qui étaient taxés d'avoir favorisé l'extension de la tuberculose à Dakar. Les soldats africains furent aussi incriminés, ce dès la fin de la Première Guerre.

Parmi les données qui ont participé à exacerber le problème de la tuberculose à Dakar, il faut prendre en compte l'envoi de soldats africains en métropole. Le retour de ceux qui parmi ces hommes de troupe avaient contracté l'infection bacillaire contribua assurément assez largement à la diffusion du bacille tuberculeux. La tuberculose ayant été une cause de morbidité majeure durant le conflit, l'élimination immédiate des malades de l'armée fut retenue pour limiter sa diffusion. Toutefois, si un travail fut fait en France pour protéger la société civile grâce à l'isolement et le suivi des tuberculeux, concernant les soldats Africains, ce ne fut toujours pas le cas. Leur renvoi au Sénégal en particulier allait par conséquent contribuer à alimenter la capitale fédérale en malades.

Une fois diagnostiqués, les tirailleurs étaient rapatriés vers Dakar avant d'être ventilés dans leur colonie d'origine. Pour justifier ce renvoi, certains médecins soutenaient que le séjour dans le pays d'origine au grand air et au soleil ne pouvait qu'aider à l'amélioration de leur état²⁸⁵. Si on peut estimer que la majorité des démobilisés regagnèrent leur contrée d'origine, quelques-

²⁸²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959s), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des Services sanitaires de l'AOF*, 1927.

²⁸³Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales, 1916-1959, dossier 1H86: tuberculose, «La tuberculose en Afrique Occidentale Française», 1935, 245.

²⁸⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des Services sanitaires de l'AOF*, 1926.

²⁸⁵Borrel, «Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires», 147.

uns, surtout ceux qui servirent en France, se sont par la suite fixés à Dakar où ils ont trouvé des conditions de vie se rapprochant de celles qu'ils avaient connues en Europe²⁸⁶. Le rôle de ces soldats dans la dissémination du bacille tuberculeux dans la ville était d'ailleurs jugé d'une importance telle que, au début des années 1920, pour certains médecins, parler de lutte contre la tuberculose signifiait prendre en charge la menace que ceux-ci constituaient. D'après le docteur Heckenroth, la mortalité par tuberculose, à Dakar, baissait lorsque le nombre des troupes africaines rapatriées de France diminuait²⁸⁷. Des praticiens proposaient ainsi comme stratégie un dépistage précoce et soigneux ainsi qu'une visite de tous les effectifs débarqués²⁸⁸. Selon d'autres, la nécessité s'imposait d'organiser des stations sanitaires de ségrégation pour stopper la contamination²⁸⁹. Cependant, les résultats obtenus avec la catégorisation des malades commencée en 1925 allaient offrir une base au travail de dédouanement des Européens et des tirailleurs.

Dès que les résultats des premières classifications ont été dévoilés, une partie du personnel de santé commença à minimiser la part des Occidentaux dans la dissémination du bacille tuberculeux, la faisant passer au second plan, avant de la considérer comme insignifiante²⁹⁰. En 1926, était ainsi noté que 85% des cas enregistrés à Dakar étaient le fruit de contaminations en dehors du contact, même indirect, avec l'élément européen²⁹¹. Les médecins de l'Hôpital indigène montrèrent que sur quatre-vingt-huit malades vus à la consultation et dans les dispensaires, 80% avaient habité Dakar pendant plusieurs années alors que seulement 9% provenaient directement de leur village où ils avaient probablement été contaminés²⁹². Certaines autorités sanitaires en déduisirent que les Occidentaux n'étaient donc pas responsables de l'extension de la tuberculose à Dakar²⁹³. De plus, d'après certains médecins coloniaux, ceux qui restaient faisaient, dans l'ensemble, «un mal bien limité» puisque l'action déprimante du climat

²⁸⁶Martial Merlin, «Discours d'ouverture de la session du Gouvernement de l'AOF 27 décembre 1920», *JOAOF*, n°844, 22 janvier 1921; Echenberg, *Les tirailleurs sénégalais*, 146; Heckenroth et Bergonier, «Renseignements démographiques sur Dakar en 1922», 439.

²⁸⁷Heckenroth et Bergonier, «Renseignements démographiques sur Dakar en 1922», 451.

²⁸⁸Borrel, «Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires», 147.

²⁸⁹Echenberg, *Les tirailleurs sénégalais*, 60.

²⁹⁰Louis Couvy, «Prophylaxie de la tuberculose à Dakar», *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'ouest africain* 20, (1927): 453; Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1930.

²⁹¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1926.

²⁹²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1926.

²⁹³*Ibid.*, 1926.

entraînait chez la plupart d'entre eux une mort rapide²⁹⁴. Le même travail se fit sur la responsabilité des soldats africains. En effet, vers la fin des années 1920 s'était développée une volonté des autorités sanitaires de minimiser l'implication des tirailleurs dans la distribution du bacille tuberculeux.

En 1929, si une partie de l'opinion continuait à leur attribuer un rôle primordial dans l'introduction à Dakar de la tuberculose, ils étaient de moins en moins incriminés. En 1930, le directeur de l'HCI, Louis Couvy, accusait les médecins qui affirmaient que les tirailleurs étaient à l'origine de la dissémination de la tuberculose à Dakar de vouloir contrer le recrutement des soldats africains²⁹⁵. Il affirmait d'ailleurs que certains des médecins qui avançaient une telle assertion lui auraient confirmé «qu'ils ne faisaient en s'exprimant ainsi sur l'origine de la tuberculose que, répéter les idées classiques, passées à l'état d'axiome²⁹⁶». Pour soutenir sa position, il précisait que, bien avant la Première Guerre, la maladie avait été identifiée au Sénégal. Il s'appuyait également sur le fait que d'après les enregistrements de l'Hôpital indigène et ceux du dispensaire d'hygiène sociale, sur les cas de tuberculose traités depuis cinq ans, 4% seulement avaient vécu ou vivaient avec un ancien tirailleur²⁹⁷.

Au docteur François Toullec de renchérir, une année plus tard en déclarant que, si chez les indigènes l'apport militaire avait tout d'abord capté l'attention médicale, ce serait le civil qui était plus important puisque moins surveillé²⁹⁸. A son avis, chez le tirailleur sénégalais tuberculeux, l'évolution de la maladie était tellement rapide et mortelle que rentré à l'hôpital il en ressortait mort. Quant à celui qui était assez bien portant pour être évacué, il mourait aux portes de Dakar²⁹⁹. Toujours d'après certaines autorités sanitaires, ceux d'entre les soldats qui retournaient dans leurs villages et qui étaient pensionnés à 100%, guérissaient spontanément³⁰⁰. De manière générale, il ressort qu'un travail était fait afin d'attribuer une importance moindre à l'implication des tirailleurs dans la diffusion de la maladie. Il est ainsi difficile de saisir le rôle exact joué par

²⁹⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1926.

²⁹⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical des services sanitaires de l'AOF*, 1930.

²⁹⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical des services sanitaires de l'AOF*, 1930.

²⁹⁷*Ibid.*, 1930.

²⁹⁸Toullec, «La tuberculose des Sénégalais», 646.

²⁹⁹*Ibid.*, 646.

³⁰⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical des services sanitaires de l'AOF*, 1936.

les différentes catégories de populations présentes à Dakar dans la dissémination du bacille de Koch. Toutefois il suffit de placer ces discours dans leurs contextes pour mieux saisir les soubassements des différentes explications développées.

Il faut bien considérer en même temps que la conception d'une diffusion de la tuberculose par les tirailleurs pouvait avoir une incidence fâcheuse sur l'opinion publique à une période où la métropole comptait sur les troupes africaines. Durant les années qui suivirent le conflit, la France envisageait d'occuper la presque totalité du cœur industriel de l'Allemagne en vue de se garantir le paiement des réparations de guerre. Par ailleurs, l'acquisition d'anciennes colonies germaniques et de portions de l'Empire turc avait considérablement repoussé les limites du territoire français outre-mer. La conséquence en fut un besoin accru en troupes d'occupation³⁰¹, ce qui poussa Georges Clémenceau, alors président du Conseil en France, à légiférer en 1919 dans le sens de la conscription universelle en période de paix en AOF³⁰². Or les autorités civiles souhaitaient employer les jeunes Africains scolarisés dans l'administration. Avec le besoin d'un maximum d'hommes valides durant la guerre qui s'étirait en longueur, l'administration avait payé un lourd tribut, se trouvant privée de la majeure partie de son personnel³⁰³. Elle fut même confrontée à des difficultés pour reconstituer celui-ci car trois ans après le conflit, plusieurs postes restèrent inoccupés. Elle fut ainsi taxée d'œuvrer pour que les travailleurs spécialisés échappent au service militaire³⁰⁴. Le Département du commerce connut également une crise avec la mobilisation d'une partie importante des commerçants et de leurs employés alors que les champs étaient privés des meilleurs ouvriers agricoles³⁰⁵. Il apparaît ainsi que l'armée, l'administration et le commerce avaient des intérêts divergents et tout discours en faveur d'une dissémination du bacille tuberculeux par des soldats contaminés au front risquait de rendre le recrutement délicat. Nous pensons donc que la crainte de voir les administrateurs civils et les agents du commerce se servir de l'idée d'une exposition des soldats à la tuberculose au cours de leur service pour soutenir des arguments contre le recrutement a pu motiver la volonté de certains responsables à vouloir soustraire les tirailleurs du bassin de disséminateurs potentiels du bacille tuberculeux.

³⁰¹Echenberg, *Les tirailleurs sénégalais*, 174-175.

³⁰²*Ibid.*, 100.

³⁰³Sénégal, Dakar, Archives nationales, «Session du Gouvernement de l'AOF.», *JOAOF*, 844 (1921).

³⁰⁴Echenberg, *Les tirailleurs sénégalais*, 115.

³⁰⁵Ministère des Colonies, *Conférence coloniale instituée par M.A. Maginot*, 30.

Les connaissances tirées de la catégorisation des tuberculeux ont ainsi servi à minimiser la part des catégories indispensables au projet colonial dans la diffusion de la tuberculose à Dakar. Se déclinait aussi une utilisation du savoir produit dans les services de santé pour valider discours et pratiques autour de la gestion de la santé des administrés à Dakar. Mais, si les habitudes, l'organisation sociale des Africains participaient à favoriser la dissémination du bacille tuberculeux il ressort bien, contrairement à ce que véhiculait le discours médical à l'époque, que la colonisation de par ses projets d'exploitation et sa violence fut à la base de la plupart des problèmes qui facilitèrent l'extension de la maladie à Dakar.

3-Et l'œuvre du colon exposa «l'indigène»

Considérant les facteurs qui pouvaient expliquer la distribution du bacille tuberculeux, certains médecins avaient mis de l'avant les conditions d'habitation³⁰⁶. Celles-ci furent en fait même assez souvent taxées de constituer la cause principale de l'extension de la maladie à partir de la deuxième moitié des années 1920³⁰⁷. D'après le discours des autorités sanitaires, le principal problème était posé par la population flottante, décrite comme étant constituée essentiellement de «gens sans ressources et mal alimentés» dont le nombre était constamment en augmentation (on estimait à 20.000 le nombre de flottants en 1929 pour une population totale de 30.000 Africains³⁰⁸). D'ailleurs, leur implication dans la dissémination du bacille tuberculeux allait servir, de temps à autre, de prétexte pour solliciter des pouvoirs publics une intervention pour régler leurs mouvements vers Dakar³⁰⁹. On relevait dans certains cas un «entassement» qui pouvait aller jusqu'à huit habitants par pièce de trois mètres sur quatre; à l'exiguïté de la pièce répondait une absence systématique d'aération³¹⁰. Ces taudis furent également considérés comme des lieux privilégiés de diffusion du bacille tuberculeux vers les villages de la brousse du fait de la mobilité de cette population attirée par la ville, une source

³⁰⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales, 1916-1959, dossier 1H86: tuberculose, *Rapport au sujet de la prophylaxie de la tuberculose*, 1926.

³⁰⁷*Ibid.*, 1926.

³⁰⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1929.

³⁰⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1937.

³¹⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1926.

d'inquiétude supplémentaire car constituant une menace pour le reste de la Fédération³¹¹. En outre, du fait même de leurs déplacements, on rendait ces individus responsables d'une difficulté à dépister la maladie de même qu'à proposer une prise en charge médicale adéquate³¹². Malgré eux, ils endossaient ainsi les limites de l'action entreprise; les pointer du doigt permettait de camoufler les insuffisances des moyens préventifs et curatifs mobilisés par le département de la santé pour contenir la tuberculose.

La capacité de ces «flottants» de s'adapter à la vie en ville fut un autre élément pris en considération pour expliquer leur prédisposition à la maladie³¹³. De l'avis de certains médecins coloniaux, il suffisait de quelques mois à Dakar au migrant provenant de la brousse, le dépaysement aidant, pour être contaminé et développer une tuberculose à évolution rapide³¹⁴. Bien que rarement évoqué, le surmenage physique de ceux qui parmi eux servaient comme manœuvres par exemple, apparaît comme un facteur aggravant de la contamination³¹⁵. **Les historiens qui se sont intéressés aux ouvriers africains à Dakar, durant l'entre-deux-guerres, ont mis la lumière sur des conditions de travail généralement très mauvaises. Ils font ressortir que pour maximiser leurs profits, des employeurs n'hésitaient pas à imposer des journées de travail de 12h_ cas de certaines huileries et savonneries_ alors que le repos hebdomadaire n'était pas toujours respecté**³¹⁶. Mais encore une fois il ne fut jamais question, dans les rapports de santé, d'analyser leurs conditions d'emploi ainsi que les raisons qui justifiaient leur venue à Dakar. On n'allait pas à la source du problème mais on décriait certaines de ses manifestations. La réalité était aussi en fait qu'en faisant de Dakar le siège du pouvoir central en AOF, en en faisant également le cœur économique de la Fédération mais aussi en y entreprenant différents travaux d'aménagement, l'administration coloniale française avait créé dans cette ville une situation qui allait favoriser l'afflux d'une population soumise à des contraintes inattendues ou voulant

³¹¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1929.

³¹²Médecin colonel Grosfillez, «Les principales maladies observées dans les colonies françaises et territoires sous-mandat en 1932», *Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, 32, (1934),240.

³¹³Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1929.

³¹⁴Louis Couvy, «Sur la tuberculose à Dakar (A propos de la communication de MM Mathis et Durieux sur la tuberculose en Afrique occidentale française)», *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'ouest africain et de Madagascar* 23, (1930): 665.

³¹⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1929.

³¹⁶Ousseynou Faye, « L'urbanisation et les processus sociaux au Sénégal: typologie descriptive et analytique des déviances à Dakar; d'après les sources des archives de 1885 à 1940», Thèse de doctorat, 1989, p.148.

participer d'une façon ou d'une autre au développement de la ville. En résulte des mouvements de personnes entre la ville et l'extérieur mais aussi une modification notable de sa structure démographique, des réalités de mobilité qui allaient faciliter la réunion des conditions reconnues pour avoir aggravé le problème de la tuberculose ailleurs.

Les fondements du problème de l'habitat à Dakar ne pouvaient être dissociés de la politique économique et administrative que la France avait mise en œuvre dans la région. Les Européens étaient bien sûr peu affectés par les problèmes de logement puisque l'on retrouvait parmi eux une forte catégorie de gros commerçants, d'industriels, de cadres supérieurs, de fonctionnaires et d'employés de commerce qui vivaient dans des conditions décentes, voire aisées³¹⁷. Tous les Africains n'étaient pas pour autant concernés par des problèmes de logements: on retrouvait en effet parmi eux quelques commerçants, mais aussi des «évolués³¹⁸». Pour les besoins de l'œuvre de colonisation, les Français avaient formé dans les écoles des cadres africains destinés à participer au fonctionnement de l'économie ou de l'administration coloniale³¹⁹. S'ils occupaient généralement des fonctions subalternes (interprètes, petits fonctionnaires ou commis) car les postes de direction étaient entre les mains des Européens, ils représentaient quand même une catégorie économiquement favorisée par rapport au reste de la population africaine³²⁰. Et, ces Dakarais occupaient, pour la plus grande partie, des habitations convenables³²¹. Par contraste, les individus qui s'entassaient dans les taudis, étaient d'abord et avant tout des individus issus de la population migrante obligée de s'installer dans des logements insalubres qui s'étaient développés dans la ville à la faveur d'un attrait auprès des campagnes pour du travail mal rémunéré né avec l'urbanisation et le développement économique de la ville à partir des années 1920³²².

Dans l'explication des causes de la baisse démographique observée dans certaines contrées africaines durant les premières phases de la colonisation, des historiens ont démontré que

³¹⁷Paul Mercier, «Le groupement de Dakar: orientation d'une enquête», *Cahiers internationaux de sociologie* 19, (1955), 135-136.

³¹⁸Terme utilisé pour désigner les Africains colonisés qui pour avoir été formé à l'école occidentale avaient adopté les valeurs culturelles du colonisateur considérées par ce dernier comme supérieures aux leurs souvent décrits comme primitifs.

³¹⁹Boubacar Ly, «Les évolués dans la société coloniale», dans *Mélanges offerts en hommage au professeur Cheikh Ba: sciences humaines; langues, littérature, civilisations*, Cheikh Ba, Alioune Ba, Paul Ndiaye, dir. (Dakar: Presses universitaires de Dakar, 2003), 591.

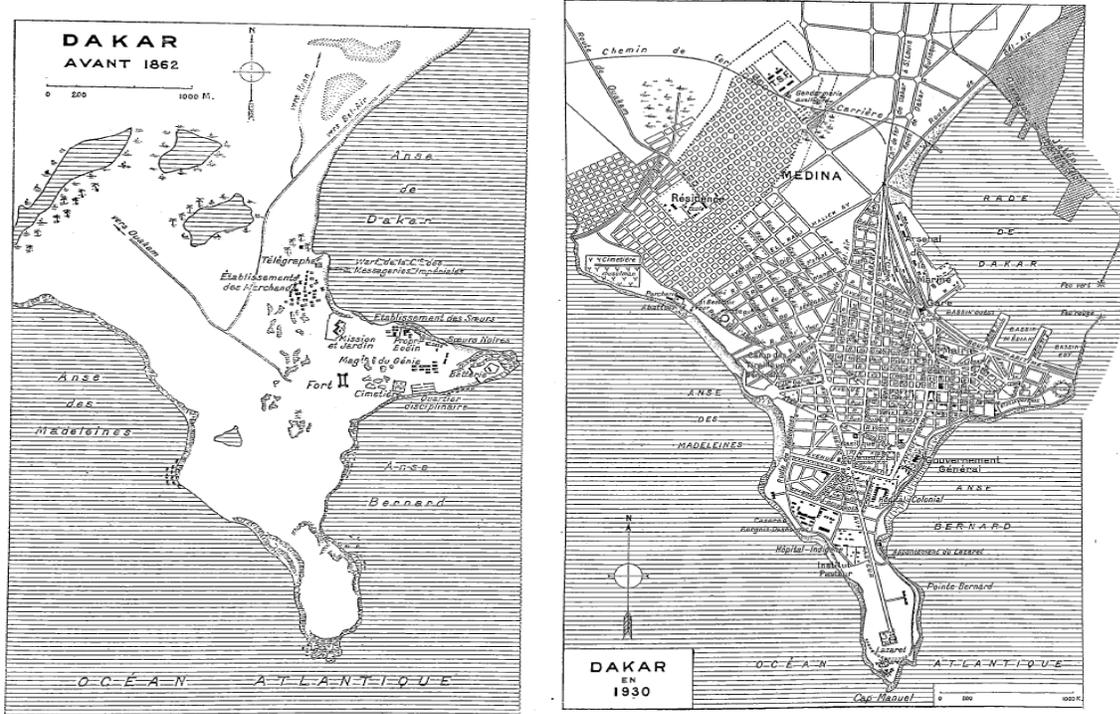
³²⁰Paul Mercier, «L'évolution des élites sénégalaises», *Bulletin international des sciences sociales* 8, 3, (1956): 452.

³²¹Heckenroth et Bergonier, «Renseignements démographiques sur Dakar en 1922», 453.

³²²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1929; Charles Bergeret et Marcel Roustaing, «Note sur la tuberculose à Dakar», *Bulletin médical de l'AOF* 3, 2, (1946), 248.

l'arrivée des Occidentaux et la violence caractéristique de la conquête furent à l'origine d'un déplacement non négligeable de populations qui cherchaient à se soustraire de l'autorité des nouveaux arrivants³²³. L'histoire de Dakar montre en quelque sorte un phénomène inverse mais qui est venu accroître l'extrême volatilité des populations locales: la ville n'a pas fait fuir les populations; au contraire, elle a connu sous la domination coloniale une croissance démographique sans précédent. Lorsque les Français conquièrent Dakar, c'était une modeste agglomération de pêcheurs mais, la colonisation avec les projets économiques et administratifs qui l'accompagnèrent justifia l'arrivée d'une masse importante d'Africains originaires du Sénégal mais aussi des autres territoires de l'AOF³²⁴. La population dakaroise passa ainsi de 3.350 individus en 1869 à 26.170 habitants en 1921³²⁵.

Figure 5. – Évolution de Dakar avant et après la construction de la ville³²⁶



³²³Dennis D. Cordell, Joel W. Gregory, Victor Piché, «The demographic reproduction of health and disease: Colonial Central African republic and contemporary Burkina Faso», dans *The Social basis of health and healing in Africa*, Steven Feierman et John M Janzen, éd. (Californie: California University Press, 1992), 39-70.

³²⁴Ferdinand Heckenroth, «L'habitation indigène à Dakar», *Bulletin de la société de pathologie exotique* 19, (1926): 141.

³²⁵Javelly, «Renseignements démographiques sur Dakar», 667.

³²⁶Sisco, «Géographie médicale, Dakar», 22.

Si Dakar exerçait une attraction sur les Africains au point où il s'y créa une agglomération noire importante c'était bien grâce aux opportunités de travail qui y existaient, avec les conséquences contrastées que cela pouvait impliquer³²⁷. La décision d'Ernest Roume, Gouverneur général de l'AOF de mars 1902 à décembre 1907, d'y transférer la capitale de la Fédération en 1902 constitua un élément qui joua également en faveur du développement de la ville. Avec le Gouvernement Général, y furent installés graduellement tous les services d'inspection, de centralisation ou de contrôle (le quartier général du Commandant supérieur des troupes d'occupation, la Cour d'appel de l'AOF, le Contrôle financier, le service du trésor, l'Inspection des travaux publics...).

Le nouveau statut de la ville avait exigé la construction de bâtiments publics mais aussi l'exécution de travaux considérables destinés entre autres à l'alimenter en eau, à l'assainir et à y créer des rues carrossables³²⁸. Pour faire assumer au port de Dakar le rôle de station navale qui lui était assigné à la fin du 19^e siècle, le gouvernement fédéral engagea aussi des fonds et des travaux destinés à moderniser ses abords³²⁹. L'évolution urbaine de Dakar ainsi que les améliorations apportées au port allaient convaincre les maisons de commerce de s'y installer³³⁰. S'en suivit une intensification de l'activité commerciale de l'agglomération qui allait exercer un attrait évident sur la population provenant des régions et des colonies voisines³³¹. La polarisation de Dakar s'exerçait également sur les autres colonies de la fédération où les possibilités d'emploi étaient limitées³³². Ce mouvement vers Dakar s'accrut durant la guerre, favorisé par l'autorité coloniale. Pour les besoins du chargement des produits destinés au ravitaillement de la France, celle-ci fit appel à une main d'œuvre (militaire et civile) provenant des autres colonies et dont une partie s'installa dans la ville³³³. L'expérience tirée des conditions créées par le conflit mondial, à savoir la pénurie à laquelle la colonie dû faire face, avait également entraîné l'installation à Dakar de petites industries. Des huileries, des savonneries, des industries du bâtiment et de nombreuses fabriques de boisson et de glace animèrent progressivement la ville. A

³²⁷Léger et Huchard, «Contribution à l'étude de la tuberculose au Sénégal», 347.

³²⁸F. Jourdir, «Le Vieux Sénégal et le plus grand Sénégal», *La Dépêche coloniale illustrée*, 5, (1912): 56.

³²⁹Raymond F. Betts, «Dakar, ville impériale», dans *Colonial cities. Essays on urbanism in a colonial context*, Robert J. Cross et Gerard J. Telkamp éd. (Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1985), 196.

³³⁰Roger Pasquier, «Villes du Sénégal», *Revue française d'histoire d'outre-mer* 47, 168-169, (1960): 415-416.

³³¹Jourdir, «Le Vieux Sénégal», 55.

³³²L'urbanisation et les processus sociaux au Sénégal: typologie descriptive et analytique des déviations à Dakar; d'après les sources des archives de 1885 à 1940, Thèse de doctorat, 1989, 27;42.

³³³Monique Lakroum, *Le travail inégal*, 42.

cela s'ajoutait la multitude de petites entreprises de réparation, les garages et ateliers de mécaniques qui constituaient les maillons d'un réseau serré de sous-traitance³³⁴. Se constitua ainsi un besoin important de main-d'œuvre. Les mouvements vers Dakar ne concernaient pas uniquement les ouvriers. L'afflux d'Africains vers la ville avait créé un marché attractif pour les artisans et commerçants qui pouvaient également y trouver une clientèle³³⁵. Les Lébou furent ainsi graduellement submergés par des «petits colons», des Syriens et des Libanais. Ensuite ce fut au tour des Wolofs et d'autres groupes³³⁶. Ces migrations vers Dakar s'accrochèrent au point de constituer le facteur majeur de l'augmentation de la population et mirent à rude épreuve la capacité d'accueil de la ville³³⁷. Et se posa, en conséquence directe de cet afflux, un problème majeur: celui du logement. Il en fallait suffisamment et des logements abordables. Or, profitant de la demande en croissance, les propriétaires ne cessèrent d'augmenter les taux des loyers au grand dam des Africains³³⁸ -si le travailleur européen était logé par son employeur, le Noir se logeait à ses frais. Or, des décalages substantiels étaient notés entre la rémunération des Européens et celle des Africains³³⁹. Ousseynou Faye a ainsi démontré qu'au moment où la Commission mixte de la Circonscription de Dakar, dans sa séance du 11 Août 1937 fixait le montant du salaire mensuel du travailleur européen à 1.300f, le salaire minimum journalier du travailleur africain était fixé à 8F par l'arrêté du gouverneur Général du 22 novembre 1938 soit une rémunération mensuelle de 160f et, un écart de 1140 F³⁴⁰. De fait, les incertitudes liées à leur travail qui n'était généralement pas fixe, poussa la majorité des Africains à chercher à économiser sur le loyer en se regroupant pour se loger³⁴¹.

L'entassement des Africains dans les logements était aussi le fruit de la volonté de l'autorité politique d'imposer des modes d'occupation de l'espace urbain très particuliers. Dès la prise de Dakar, les Français avaient cherché à organiser la ville selon des standards européens. En imposant aux Africains de s'installer dans des bâtiments en maçonnerie, ils poussèrent ceux qui n'avaient pas les ressources nécessaires à se regrouper pour faire face aux frais. D'autant plus

³³⁴*Ibid.*, 157.

³³⁵Dresch, «Villes d'Afrique noire», 201.

³³⁶Johnson Jr., *Naissance du Sénégal contemporain*, 34.

³³⁷Raymond F. Bett, «Dakar ville impériale», 203.

³³⁸Ribot et Lafon, *Dakar, ses origines, son avenir*, 25-26; Heckenroth, «L'habitation indigène à Dakar», 141.

³³⁹Ly, «Les évolués dans la situation coloniale», 592.

³⁴⁰Faye, «L'urbanisation et les processus sociaux au Sénégal...», 145-146.

³⁴¹Voir Dresch, «Villes d'Afrique noire», 206; Heckenroth et Bergonier, «Renseignements démographiques sur Dakar en 1922», 146.

que, chez la majorité des Africains, les traditions d'entraide familiales étaient maintenues³⁴². Si la tendance maisonnée et famille restreinte se retrouvait chez les employés et fonctionnaires supérieurs par exemple, chez les manœuvres, les domestiques, les artisans ou encore les ouvriers, la tendance aux regroupements familiaux demeurait³⁴³. Ainsi, le nouvel arrivant s'installait chez un membre de sa famille ou de son village d'origine jusqu'à ce que les moyens lui permettent de se prendre en charge. Avec la flambée des prix du logement à Dakar, il arrivait parfois que la surcharge des chambres soit inévitable. Ferdinand Heckenroth avait compris la problématique en 1926, en avançant que l'entassement dans lequel vivaient les indigènes ne relevait pas uniquement de raisons d'«économie domestique» ou d'habitudes locales mais qu'il était aussi lié à l'existence d'une crise du logement à Dakar³⁴⁴. Ce qui engageait, en partie, la responsabilité du pouvoir central qui s'était jusque-là focalisé sur l'accès au logement pour les fonctionnaires français servant à Dakar.

Les disparités entre Dakar et les autres localités de la colonie en matière d'infrastructures sanitaires constituèrent un autre facteur qui explique la venue à Dakar de cette population africaine. En 1932, en présentant la carte de la tuberculose à Dakar selon les informations recueillies sur les malades soignés et les décès par tuberculose dans la ville, le service des infirmières visiteuses de Dakar attribuait la prédominance des cas et des décès au fait que certains quartiers recevaient beaucoup d'étrangers africains déjà malades³⁴⁵. La cause était que dès la fin du 19^e siècle, l'administration coloniale s'était prononcée en faveur de la limitation des services de santé de «qualité» aux principales villes³⁴⁶. La colonisation française en AOF se caractérisait, en fait, par le principe de la concentration des investissements dans les «zones économiquement utiles³⁴⁷». La conséquence imprévue de cette assistance hospitalière ciblée, aux villes et aux zones côtières, fut l'afflux de malades vers les régions les mieux équipées, en quête de meilleurs soins. Des tuberculeux quittaient ainsi volontairement les régions de l'intérieur pour venir se faire soigner dans les structures sanitaires de Dakar³⁴⁸.

³⁴²Paul Mercier, «Aspects des problèmes de stratification sociale dans l'ouest africain», *Cahiers internationaux de Sociologie* 17, (1954): 52.

³⁴³*Ibid.*, p.53.

³⁴⁴Heckenroth, «L'habitation indigène», 146.

³⁴⁵Mme Deboeuf et Mlle Moyne, «La tuberculose indigène extra-hospitalière à Dakar, en 1931», *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'ouest africain et de Madagascar* 25, (1932): 663-664.

³⁴⁶Kermorgant, «Assistance publique aux colonies», 246.

³⁴⁷Alain Sinou, Jacqueline Poinot et Jaroslav Sternadel, *Les villes d'Afrique noire. Politiques et opérations d'urbanisme et d'habitat entre 1650 et 1960*, (Paris: Ministère de la coopération et du développement, 1989), 24.

³⁴⁸Heckenroth et Bergonier, «Renseignements démographiques sur Dakar en 1922», 444.

Aussi, en faisant de la recherche de numéraire une nécessité, l'administration coloniale poussa les Africains restés longtemps réticents à l'idée de se soumettre à un travail salarié, à aller chercher un emploi en ville³⁴⁹. En stimulant aussi la monoculture de l'arachide, en drainant la production des colonies pour répondre aux besoins de la Métropole, le système économique colonial mena non seulement à la précarisation des cultures vivrières mais aussi favorisa, en partie, la détérioration des conditions de vie du paysan sénégalais. Ce dernier, au moindre souci allait dès lors devoir se tourner vers les villes, en s'y installant ou «simplement» en allant y chercher les soins dont il avait besoin alors même que l'administration coloniale n'allait pas toujours pouvoir répondre à ses besoins.

4-Quand impôt et économie de traite s'en mêlent

Si les déplacements des «flottants» entre Dakar et le reste de la Fédération ont facilité la dissémination du bacille tuberculeux, il faut retenir que l'état colonial travaillait à favoriser ces mouvements essentiels à l'économie. Il procédait par un ensemble de contraintes qui poussaient le paysan à venir en ville au moment opportun et à retourner au village une fois que sa présence n'était plus nécessaire. Pour expliquer cette préférence pour ces migrants, les autorités administratives soutenaient que les populations originaires de Dakar, à savoir les Lébou, étaient des aristocrates fiers de leur origine qui répugnaient aux travaux pénibles³⁵⁰. En réalité, la main-d'œuvre migrante considérée comme moins exigeante répondait mieux aux besoins des autorités administratives et des entreprises. Si l'administration avait besoin de travailleurs employés de façon continue, elle ne tenait pas à leur accorder de bonnes rémunérations³⁵¹. Quant aux entreprises privées, elles étaient prêtes à payer de bons salaires durant la période de traite mais refusaient d'entretenir des employés en dehors des périodes d'activité³⁵². Pour contrôler les déplacements vers Dakar, l'administration s'appuya même sur un système de variation des rémunérations: hautes au début de la traite où le besoin en personnes pour la manutention des produits était le plus élevé et, basses à la fin de la traite³⁵³. La lutte contre le vagabondage était

³⁴⁹Suret-Canale, *Afrique noire occidentale et centrale*, 80.

³⁵⁰Morazé, «Dakar», 626.

³⁵¹Lakroum, *Le travail inégal*, 104.

³⁵²*Ibid.*, 44.

³⁵³*Ibid.*, 48.

également intensifiée en période de forte baisse des offres de travail³⁵⁴. En outre, l'afflux de cette main-d'œuvre constituait un autre avantage pour eux: exerçant une pression sur le marché du travail, il permettait le maintien de bas salaires en tout temps³⁵⁵.

La quête de numéraire qui justifiait généralement les déplacements vers Dakar et l'encombrement dans les logements était une résultante de la politique coloniale française menée au Sénégal à d'autres niveaux. En effet, si l'arachide était cultivée dans différentes localités de la colonie, il se trouve que la mise en sacs et le chargement dans les navires se faisait en partie à Dakar qui abritait le port par lequel le produit devait transiter. Se créait ainsi une autre occasion pour les populations des régions de se rendre à la capitale fédérale une fois les récoltes faites et la saison de traite ouverte. En cela on repère facilement une mobilité saisonnière directement liée à l'exportation de la production, entre décembre et mars³⁵⁶. Toutefois, jusqu'à ce que son revenu soit inférieur à celui de l'ouvrier et que des besoins nouveaux furent générés par le système colonial, le paysan sénégalais fut très peu attiré par le travail salarié. Ainsi, au 19^e et au début du 20^e siècle, au moment où l'exploitation de la colonie devait s'organiser le manque de main-d'œuvre semblait être la règle. Cette pénurie fut longtemps décriée par les administrateurs qui voyaient dans le refus des Africains à se faire employer, un «manque d'ambition³⁵⁷». Ce qu'ils ne comprenaient pas ou refusaient de voir c'était que leurs besoins n'étaient pas celui des populations locales qui, grâce au troc, pouvaient obtenir ce qu'ils ne pouvaient produire³⁵⁸.

L'impôt, considéré par certaines puissances coloniales comme un moteur du développement économique puisqu'il devait permettre à la fois de remplir les caisses de la colonie et obliger les populations à se mettre au travail fut l'un des facteurs identifiés par plusieurs historiens pour expliquer la quête d'un emploi salarié par les non-citadins sénégalais³⁵⁹. Le régime financier des colonies françaises de l'Afrique –comme ailleurs dans l'empire colonial français à partir du début du 20^e siècle, partait du principe que les dépenses de souveraineté, d'administration générale et de protection étaient à la charge de l'État et toutes les autres dépenses

³⁵⁴Faye, *L'urbanisation et les processus sociaux au Sénégal...*, 34.

³⁵⁵Ibrahima Thioub, «Entreprises, entrepreneurs et état dans une économie dépendante. Domination étrangère et marginalisation des autochtones (Dakar-Sénégal) 1920-1973», (Thèse de Ph.D., Université Paris VII, 1989), 337.

³⁵⁶Suret-Canale, *Afrique noire occidentale et centrale*, 81.

³⁵⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série K: main- d'œuvre, esclavage, dossier1K 398, *Main d'œuvre indigène en A.O.F: Législation, recrutement, prévoyance sociale*, 1939.

³⁵⁸Georges Deherme, *Afrique occidentale française. Action politique, action économique, action sociale*, (Paris: Bloud et Cie, 1908), 270.

³⁵⁹Catherine Coquery Vidrovitch, «La mise en dépendance de l'Afrique. Essai de périodisation, 1800-1970», *Cahiers d'études africaines*, 61-62, (1976): 34-35.

à la charge des colonies³⁶⁰. Ainsi, l'indigène devait-il participer à sa «modernisation» par le paiement d'impôts³⁶¹. La capitation (impôt personnel) en particulier était perçue en numéraire, les percepteurs n'acceptant le paiement en nature que dans les régions éloignées où la monnaie n'avait pas encore pénétré³⁶². L'extension de la culture de l'arachide au Sénégal ou la recherche d'un travail dans les grandes villes telles Dakar furent ainsi étroitement liées à la quête d'argent pour s'acquitter de cette obligation³⁶³.

Ceci étant, si pour certains historiens il n'y a pas de doute que, à l'origine, l'impôt a été la principale raison qui a poussé les Africains vers le travail rétribué et la production de cultures commerciales, d'autres ont montré que celui-ci ne revêtait pas une importance qui justifiait le déplacement en ville; d'autant plus que la culture de l'arachide précédait l'occupation coloniale³⁶⁴. Monique Lakroum a ainsi montré que, en 1919, le taux moyen de la capitation, pour l'ensemble de la colonie, représentait environ huit heures de travail pour un cultivateur et vingt-deux heures pour un manœuvre installé en ville. Bien que deux ans plus tard ce taux moyen de l'impôt avait doublé, pour elle, il ne constituait plus le moyen de pression déterminant³⁶⁵. A son avis, ce serait plutôt la baisse du cours de l'arachide qui aurait justifié la quête de revenus supplémentaires³⁶⁶. Mohamed Mbodj est du même avis. Pour lui il faut prendre en compte les besoins nouveaux générés par le contact avec des produits nouveaux³⁶⁷. L'économie de traite et la colonisation n'avaient pas uniquement modifié les structures politiques traditionnelles; elles avaient aussi impacté les habitudes des populations sénégalaises³⁶⁸. La traite menée par les compagnies françaises se traduisait par l'échange de biens manufacturés importés contre des biens agricoles primaires fournis par des paysans³⁶⁹. Se procurer des produits manufacturés apportés par les maisons de commerce européennes devint progressivement un signe de prestige

³⁶⁰Jules Delarbe, *Les colonies françaises, leur organisation, leur administration et leurs principaux actes organiques*, (Paris: Ministère de la Marine et des colonies, 1877), 69.

³⁶¹Deherme, *Afrique occidentale française*, 56.

³⁶²*Ibid.*, 56.

³⁶³Suret-Canale, *Afrique noire occidentale et centrale*, 80.

³⁶⁴Walter Rodney, «L'économie coloniale», dans *Histoire Générale de l'Afrique, VII. L'Afrique sous domination coloniale, 1880-1935*, Albert Adu Boahen dir. (Paris: U.N.E.S.C.O., 1987), 367.

³⁶⁵Lakroum, *Le travail inégal*, 49.

³⁶⁶*Ibid.*, 49.

³⁶⁷Mohamed Mbodj, «Sénégal et dépendances: Le Sine Saloum et l'arachide, 1887-1940», dans *Sociétés paysannes du Tiers-monde*, Catherine Coquery-Vidrovitch, dir. (Lille: Presses universitaires de Lille, 1980), 143.

³⁶⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, «Circulaire au sujet de la réglementation de la main d'œuvre indigène et du régime du travail», *J.O du Sénégal*, 6 mars 1912.

³⁶⁹Coquery-Vidrovitch, «La mise en dépendance de l'Afrique», 30; Laurence Marfaing, «L'implantation des maisons de commerce au Sénégal et la réaction du commerce africain», dans *Commerce et commerçants en Afrique de l'Ouest. Le Sénégal*, Boubacar Barry et Leonhard Harding dir. (Paris: L'Harmattan, 1992), 320-327.

pour certains Africains. Dans certaines communautés, on assista même à l'introduction dans la dot de produits européens³⁷⁰.

Si l'état colonial et les compagnies commerciales ne furent pas directement responsables de la création de ces besoins nouveaux, l'organisation et les bases de l'économie de traite allaient rendre ces déplacements inévitables. Pour assurer une marge bénéficiaire considérable aux firmes nationales, les autorités françaises qui s'étaient substituées aux dirigeants africains œuvrèrent pour évincer la concurrence et assurer au commerce français un monopole qui lui permettait de fixer les prix au détriment du producteur africain³⁷¹. Ce protectionnisme fut tout particulièrement accentué au Sénégal où étaient concentrés les $\frac{3}{4}$ du commerce français en Afrique de l'ouest³⁷². Cette organisation privait le producteur de toute possibilité de marchander ou de varier ses fournisseurs³⁷³. Il acquérait ainsi les produits européens à un prix élevé et ne tirait de la commercialisation de son arachide que des revenus caractérisés par leur faiblesse. Il se trouvait dès lors dans l'obligation de s'appuyer sur un travail salarié pour combler non seulement ses besoins mais payer ses impôts.

La précarisation des réserves vivrières contribua également à créer des conditions qui allaient pousser le paysan sénégalais à se diriger vers les villes. Pour assurer son ravitaillement durant le conflit, la France avait procédé à l'intensification des cultures d'exportation dans la région arachidière du Sénégal, ce qui compromit en particulier durablement les réserves de mil nécessaires à la subsistance. S'en suivit une succession de disettes entre 1914 et 1922³⁷⁴. Et, du fait de la baisse de la qualité des sols mais aussi de la baisse des cours de l'arachide ou encore de l'augmentation de l'impôt, le producteur africain dut étendre les terres réservées à l'arachide au détriment des cultures vivrières. Pour faire face à cette situation, l'administration coloniale, au lieu de stimuler les cultures de subsistance, répondit par l'importation de riz indochinois³⁷⁵. Le paysan sénégalais produisait ainsi pour le marché international tout en devenant de plus en plus dépendant de celui-ci pour son approvisionnement³⁷⁶. Il lui fallait donc trouver l'argent

³⁷⁰Suret-Canale, *Afrique noire occidentale et centrale*, 90.

³⁷¹Dresch, «Villes d'Afrique noire», 63.

³⁷²Anthony Gérard Hopkins, *An economic history of West Africa*, (London: Longman, 1973), 130.

³⁷³Voir Bernard Schnapper, «La fin du régime de l'exclusif: Le commerce étranger dans les possessions françaises d'Afrique tropicale (1817-1870)», *Annales africaines*, (1959), 149-199; Colin Walter Newbury, «The protectionist revival in French colonial trade: The case of Senegal», *The economic history review* 21, 2, (1968): 337-348.

³⁷⁴Lakroum, *Le travail inégal*, 75.

³⁷⁵Faye, «L'urbanisation et les processus sociaux au Sénégal...», 42.

³⁷⁶Jules F. Savaria, *La traite arachidière au Sénégal*, (Thèse de Ph.D, Université de Montréal, 1978), 180; Voir aussi Mor Ndao, *Le ravitaillement à Dakar de 1914 à 1945*, (Dakar, L'Harmattan, 2009).

nécessaire pour assurer son ravitaillement en riz, celui-ci s'étant substitué aux céréales qui constituaient la base de l'alimentation des Sénégalais, principalement le mil.

L'incapacité ou le refus du pouvoir colonial français d'associer à la défense de ses intérêts la sauvegarde de l'indépendance alimentaire du colonisé constitue dès lors un autre facteur à prendre en compte pour comprendre l'exode des paysans sénégalais vers les centres urbains. Et, alors que le pouvoir d'achat ne cessait de s'effriter en raison des poussées périodiques d'inflation, toute tendance au relèvement des salaires était contrecarrée³⁷⁷. La situation se détériora avec la crise des années 1930. En effet, la réduction drastique des budgets coloniaux, les nombreuses faillites et fermetures d'entreprises avaient jeté sur le marché du travail des cohortes de chômeurs³⁷⁸. Durant la période de 1930 à 1935, la chute sensible des prix des produits importés, qui aurait dû se traduire par une amélioration des conditions de vie des salariés, avait permis aux employeurs de justifier le maintien, voire la diminution des salaires, dont une partie était versée sous la forme d'une ration alimentaire proche de la ration pénale³⁷⁹. Se créa ainsi un décalage entre les besoins des travailleurs africains et leurs revenus³⁸⁰. Ces conditions entremêlées expliquaient non seulement l'entassement dans les logements insalubres mais aussi les niveaux nutritionnels souvent déficients dans lesquelles les Dakarois évoluaient. Or, les relations entre malnutrition et tuberculose ne sont plus à démontrer. Des études portant sur nutrition et tuberculose ont en fait démontré que parce qu'il rend l'organisme moins résistant, un état nutritionnel déficient facilite la progression de la tuberculose³⁸¹.

Ce chapitre a mis en lumière les conditions dans lesquelles s'est construit, et a été légitimé, un discours colonial et médical sur la tuberculose au Sénégal et plus particulièrement à Dakar.

³⁷⁷ Rodney, «L'économie coloniale», 373.

³⁷⁸ Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical des services sanitaires de Dakar et dépendances*, 1932.

³⁷⁹ Ibrahima Thioub, «Économie coloniale et rémunération de la force de travail: le salaire du manœuvre à Dakar de 1930 à 1954», *Revue française d'histoire d'outre-mer*, 305, (1994): 436.

³⁸⁰ *Ibid.*, 438.

³⁸¹ McKeown, *The role of medicine*, 64-66; OMS, «Évaluation de l'état nutritionnel et conseils chez les personnes atteintes de tuberculose évolutive», Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles (eLENA). https://www.who.int/elena/titles/nutrition_tuberculosis/fr/.

Au-delà d'une chronologie qui fait passer la maladie infectieuse d'invisible à saillante, au-delà même de l'évolution des connaissances scientifiques sur la maladie et son étiologie, ressortent toute la puissance et le rôle que les statistiques jouèrent dans la construction des catégories à incriminer et par conséquent celles auprès desquelles allait être axée la lutte contre la tuberculose à Dakar. Pour le dire autrement, on repère ici une distorsion entre le discours médical et ses applications. En parallèle, nous avons également fait ressortir que l'exacerbation du problème de la tuberculose est la résultante des différents changements socio-économiques que l'Afrique occidentale a connus avec le début du 20^e siècle et qui sont le fruit de l'œuvre d'exploitation et de mise en valeur coloniales.

Attribuer l'extension de la prévalence de la maladie aux «habitudes» des Africains, à leur incapacité de s'adapter à la civilisation ou encore aux déficiences de leur constitution biologique non seulement dédouanait les autorités coloniales mais laissait dans l'ombre toutes ces mutations engendrées par la colonisation elle-même, directes et indirectes. Ces explications coloniales allaient en outre offrir une justification à un plus grand interventionnisme dans la vie privée du Dakarois, mesure qui allait de fait se trouver au cœur des stratégies pour contenir la dissémination du bacille. Ces stratégies, sur lesquelles on va maintenant se pencher, allaient non seulement impliquer des institutions sanitaires diverses mais aussi mobiliser un personnel médical varié. Elles allaient également mêler actions préventives et curatives.

Chapitre 3 – Un combat tous azimuts

Lorsqu'en 1890 Robert Koch isola la tuberculine qui selon lui, était capable de guérir chez l'homme la phtisie, de vifs espoirs naquirent dans le monde médical³⁸². Cependant, très vite, les recherches faites par des scientifiques issus de différents horizons remirent en question la valeur curative de cette substance qui allait bientôt servir à d'autres fins, en l'occurrence à détecter l'infection tuberculeuse³⁸³. Du côté de la thérapeutique, il allait finalement falloir attendre le tournant des années 1940 et l'arrivée des premiers traitements efficaces par les antibiotiques, pour reprendre espoir. A Dakar comme ailleurs, en attendant ces découvertes, l'action contre la tuberculose entre 1924 et 1948 allait devoir s'articuler autour de mesures préventives, collectives et individuelles. Une réalité avec ses avantages et ses inconvénients qui allait non seulement cibler des lieux d'action mais aussi des catégories de malades et de personnel qualifié.

On l'a déjà mentionné, la prise de conscience de la possibilité d'une relation de cause à effet entre les conditions de vie des Dakarais et la maladie infectieuse ne menèrent pas à une quête du relèvement de leur niveau de vie. À aucun moment, il ne fut question de lutter contre la misère des Africains en menant des réformes sociales car celles-ci étaient taxées de pouvoir modifier l'organisation de la «société indigène» et par le trouble qu'elles auraient pu occasionner, avoir une répercussion fâcheuse sur la résistance de la «race³⁸⁴». Le plan établi à Dakar, qui avait pour objectif principal d'enrayer la propagation de la tuberculose et ainsi éviter son exportation dans les autres colonies de l'AOF³⁸⁵, s'articula principalement autour de la vaccination par le BCG initiée à partir de 1924 et l'identification et l'isolement des malades à des fins d'enrayement de la propagation du pathogène. La tuberculose étant aussi considérée comme exacerbée par les comportements des populations locales, un travail fut également fait par le personnel de santé dans le but de lui «inculquer des notions d'hygiène» et ainsi limiter les

³⁸²Delarue, *La tuberculose*, 26.

³⁸³Voir entre autres, M. Jaccoud, «Sur l'action de la lymphe de Koch chez le cobaye sain», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 6, (1891): 226-227; S. Arloing, A. Rodet et J. Courmont, «Étude expérimentale sur les propriétés attribuées à la tuberculine de M. Koch», *Annales de l'Université de Lyon* 6, 1, (1892): 1-99; Anonyme, «Morphology, cultivation, and toxic products of the tubercle bacillus-tubercular Guinea-pigs under Koch treatment», *The Lancet* 137, 3519, (1891): 309-311.

³⁸⁴Gouvernement Général de l'AOF, *Instructions sur le développement de l'Assistance médicale*, (Gorée: Imprimerie du Gouvernement, 1927), 3.

³⁸⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, *Rapport au sujet de l'organisation de la prophylaxie de la tuberculose à Dakar*, 1925.

risques de transmission du bacille tuberculeux. Il est important de souligner que ce programme de prévention qui s'inscrivait dans la politique sanitaire mise en place en AOF durant les années qui suivirent le premier conflit mondial s'inspirait de celui qui était en vigueur en France métropolitaine³⁸⁶. Pour les autorités sanitaires, dans la capitale fédérale, la lutte contre la tuberculose devait s'inspirer des moyens qui en métropole donnaient de bons résultats car, disaient- on de plus en plus, cette ville colonisée se comportait vis-à-vis de la tuberculose comme une agglomération urbaine européenne³⁸⁷. Toutefois, Dakar n'étant pas Paris, l'organisation et surtout l'application des différentes stratégies arrêtées allaient être mises à rude épreuve.

Dans ce chapitre seront analysés les différents moyens mobilisés contre la tuberculose. Il ne s'agit pas de savoir si les autorités ont fait les bons choix mais plutôt de voir comment ces derniers se sont inscrits dans les savoirs et pratiques entourant la maladie en vigueur à l'époque et de les situer dans le cadre des politiques administrative et sanitaire générales de la France dans ses colonies. Un dernier objectif pour cette partie consistera à mettre la lumière sur le rapport du corps médical au malade sur qui aucun soin ne semblait donner des résultats notables et de voir comment le patient en particulier, et les populations locales de manière générale, répondaient aux différentes mesures proposées, et appliquées, dans la gestion de la tuberculose.

A -Contenir à défaut de pouvoir stopper

L'absence d'un traitement spécifique à la tuberculose poussa certains praticiens à proposer différentes mesures sensées contenir l'extension de n'importe quelle pathologie infectieuse à l'endroit de laquelle on se trouvait impuissant. Ainsi pouvait-on retrouver parmi les différentes suggestions faites, la réglementation et le contrôle de l'immigration des travailleurs et manœuvres provenant de l'extérieur de la ville³⁸⁸. Des recommandations portèrent également sur les types de matériaux à utiliser pour édifier les futurs logements. On estimait qu'il fallait privilégier ceux qui facilitaient la désinfection mais aussi la circulation de l'air³⁸⁹. Toutefois,

³⁸⁶Couvy, «Prophylaxie de la tuberculose à Dakar», 139.

³⁸⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Inspection générale des Services de santé, «Notice annexe sur les mesures d'ordre général à appliquer dans la défense contre les principales causes de dépeuplement et de déchéance des races indigènes», 1924; Couvy, «Sur la tuberculose à Dakar», 665.

³⁸⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, *Au sujet de la tuberculose à Dakar*, 1926.

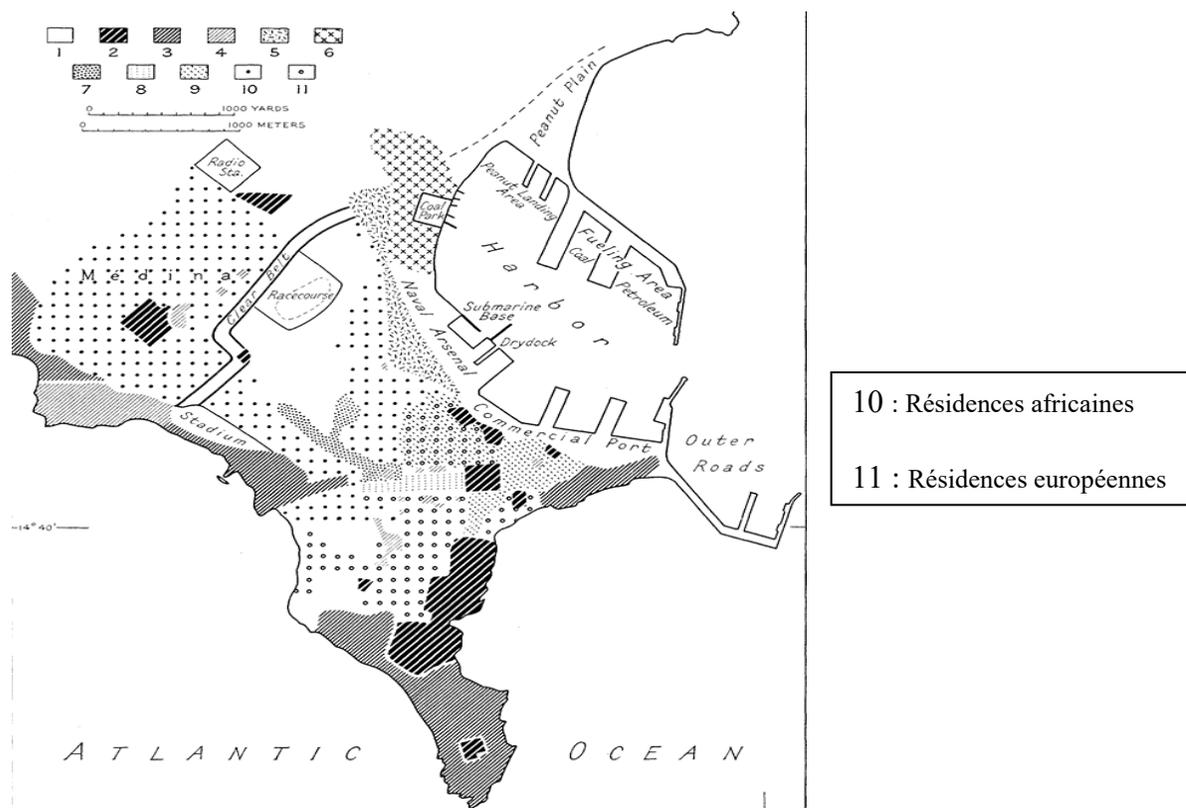
³⁸⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1926.

l'objectif principal visé par le corps médical était de limiter la diffusion de la maladie. Cet objectif prioritaire reposait en partie sur la détection précoce et l'isolement des malades. Aussi, l'amélioration de l'hygiène individuelle et collective se trouva au cœur de l'action antituberculeuse. D'après Louis Couvy qui, durant les années 1920 a établi le programme de lutte contre la tuberculose à Dakar, toute action médicale aurait été inopérante si elle tentait de s'exercer dans les conditions d'hygiène qui prévalaient à l'époque dans la ville³⁹⁰.

1-Surveiller pour prévenir

En montrant que la tuberculose affectait la population locale dakaroise, les études faites au tournant des années 1920 renforçaient la suspicion des Européens vis-à-vis des Africains. Cette appréhension était d'autant plus grande que ces derniers vivaient à proximité des Occidentaux.

Figure 6. – Occupation des terres à Dakar³⁹¹



³⁹⁰Louis Couvy, «Au sujet de la tuberculose à Dakar», *Bulletin de la société de pathologie exotique* 20, (1927): 455.

³⁹¹Derwent Whittlesey, «Dakar and the other Cape Verde settlement», 627.

Dès 1862, c'est à dire au moment d'établir le plan de la ville, Dakar avait, tel qu'indiqué sur la carte ci-dessus, été divisée en différents quartiers. L'un, qui s'étendait entre la mer à l'est et l'avenue Roume, était exclusivement habité par les Européens alors que celui situé à l'ouest de la rue Raffenel était essentiellement occupé par les populations locales³⁹². Entre ces deux quartiers se situait un troisième, compris donc entre l'avenue Roume et la rue Raffenel, où vivait une population mixte, mi-européenne mi-autochtone et dont les logements s'entremêlaient étroitement³⁹³. Or, dans les discours fournis par différents praticiens ayant servi à Dakar et à différentes périodes, l'«indigène se confondait avec cet être malpropre qui constituait le principal terrain de la maladie³⁹⁴». Serait ainsi noté chez lui une absence des soins les plus élémentaires de propreté et d'hygiène qui permettaient le transport des germes et faisait de leurs habitations des lieux infectés³⁹⁵. Pour Henri Gallay, tout dans le mode de vie du Noir favorisait la propagation des maladies³⁹⁶. Partant de pareilles considérations, les Africains furent considérés comme représentant un danger permanent pour la ville et se développa la crainte d'une transmission des pathologies entre eux et les Européens. Toutefois, le statut politique de certains Dakarois qui avaient la citoyenneté ainsi que les besoins de l'économie coloniale rendant difficiles les tentatives de les exclure de la ville, des appels à l'application de «sévères mesures de prévention et de contrôle» ne cessèrent de se multiplier.

Si cette surveillance de la population locale semblait incontournable, il fallait au préalable la justifier. L'importance numérique de cette dernière ainsi que les difficultés de lui imposer la soumission aux différentes règles hygiéniques édictées par le Service de santé furent avancées comme explication. D'après le docteur Le Dantec, cité par le docteur Nogue, «à Dakar, 23.000 indigènes vivaient étroitement mêlés à 2.500 Européens et étaient entassés dans des habitations de fortune³⁹⁷». Par conséquent, pour contrer l'extension de la tuberculose à Dakar, il fallait trouver des moyens de contenir le développement de la maladie dans cette communauté. Les autorités sanitaires décidèrent ainsi de les surveiller pour parvenir à une identification précoce

³⁹²Heckenroth, «L'habitation indigène», 144.

³⁹³*Ibid.*, 144.

³⁹⁴Sisco, «Géographie médicale, Dakar», p.241.

³⁹⁵Émile Marchoux, «Rôle du pneumocoque dans la pathologie des indigènes du Sénégal et dans la pathogénie de la maladie du sommeil», *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 2, (1899): 9; Sisco, «Géographie médicale, Dakar», 247.

³⁹⁶Gallay, *Trois années d'Assistance médicale indigène*, 17.

³⁹⁷J. Nogué, «Les questions intéressants l'Afrique occidentale française traitées au congrès de médecine de Saint-Paul-de-Loanda», *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, 1, (1923): 575.

des contagieux. Cette surveillance porta ainsi sur les catégories d'Africains centraux à la productivité mais aussi sur ceux qui vivaient aux abords des quartiers européens. La tâche fut confiée à l'Institut d'hygiène sociale (IHS).

Principal centre d'assistance médicale indigène de Dakar et de ses environs et poste d'observation de l'état sanitaire de la population, l'IHS devint la cellule de base de la lutte contre la tuberculose dès 1921, année de son ouverture au public³⁹⁸. L'Institut succédait en la matière à la polyclinique de l'HCI qui avait commencé à fonctionner en 1918³⁹⁹. L'éloignement de la polyclinique des principaux quartiers africains avait toutefois vite été considéré comme entravant sa fréquentation par la population locale⁴⁰⁰. D'où la création de l'IHS, installé d'abord sur la rue de Thiong avant d'être déplacé à Médina, en plein quartier africain⁴⁰¹. Le choix porté sur Médina s'expliquait également par sa proximité avec la ville européenne. Construite tout d'abord pour accueillir les Dakarais «qui ne se pliaient pas aux règles d'hygiène», Médina était aussi une zone d'accueil pour les arrivants de l'intérieur du pays. Sa proximité avec le centre commercial de la ville et, ultérieurement, avec sa zone industrielle, auraient en fait contribué à y agglomérer de fortes proportions d'immigrants⁴⁰². D'après les autorités sanitaires, les relations de Dakar et de Médina étant trop étroites et trop multiples, toute pathologie qui touchait cette localité devenait angoissante pour Dakar dans son ensemble. Par conséquent, à leur avis, encadrer sanitaire Médina c'était forcément mieux défendre la capitale fédérale⁴⁰³.

L'Institut comprenait sept services dont un dédié à la tuberculose⁴⁰⁴. Tout comme les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse consacrés en France par la loi Léon Bourgeois en 1916, l'IHS de Dakar devait servir à identifier les individus infectés puis œuvrer auprès de ceux-ci et de leur entourage pour réduire la dissémination du bacille

³⁹⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1933.

³⁹⁹Le Dantec, «L'École de médecine de Dakar», 630.

⁴⁰⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Services sanitaires de l'AOF, Rapports médical annuel des services sanitaires*, 1929.

⁴⁰¹*Ibid.*, 1929.

⁴⁰²Thioub, *Entreprises, entrepreneurs et état*, 307.

⁴⁰³Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier IH5: Rapport des services médicaux, *Rapport Sorel sur les travaux d'assainissement, d'hygiène et d'amélioration sociale à réaliser*, 1930.

⁴⁰⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1929.

tuberculeux⁴⁰⁵. Il était ainsi doté d'une salle de visite où se faisait l'examen des patients atteints de maladies des voies respiratoires et de ceux à l'état général suspect. Les patients étaient diagnostiqués au hasard des consultations⁴⁰⁶. Il faut savoir en effet que la tuberculose, malgré son caractère infectieux reconnu, ne faisait alors pas partie de la liste des maladies à déclaration obligatoire ni en France ni aux colonies. De l'avis de l'Académie française de médecine, il s'agissait là d'une inclusion dont on ne pouvait pas assumer le coût⁴⁰⁷.

Le triage des malades et les soins étaient assurés par les élèves-médecins, les sages-femmes et les infirmières indigènes de l'école de médecine de la ville⁴⁰⁸. Au médecin n'étaient présentés que les patients dont l'état de santé était jugé grave et pour qui un traitement spécial ou une décision importante devait être prise⁴⁰⁹. En poste à l'HCI, le médecin qui officiait à l'IHS dans le service des tuberculeux assurait donc essentiellement un rôle de supervision, moyennant une indemnité journalière⁴¹⁰. L'identification de la maladie reposait sur des examens cliniques, mais aussi bactériologiques et radiologiques⁴¹¹. L'élève chargé du malade inscrivait sur une fiche les symptômes les plus importants qu'il avait relevés⁴¹². D'après le docteur Borrel, le dépistage de la tuberculose chez le Sénégalais était très facile. Il apparaissait généralement amaigri, sa peau rugueuse, squameuse, sèche, terne, ses muscles du bras flasques; on observait aussi une

⁴⁰⁵Sur les dispensaires d'hygiène sociale en France voir: Dominique Dessertine, Olivier Faure, *Combattre la tuberculose, 1900-1940*, (Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 1988), 68; David S. Barnes, *The making of a social disease: Tuberculosis in Nineteenth-century France*, (Berkeley: University of California Press, 1995); Guillaume, *Du désespoir au salut*, 180. Lion Murard et Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée, 1870-1918*, (Paris: Fayard, 1996).

⁴⁰⁶«Arrêté du ministre des colonies fixant la liste des maladies dont la déclaration sera obligatoire aux Colonies», *Bulletin administratif du gouvernement général de l'Afrique occidentale française* 7, (1903): 500-501.

⁴⁰⁷Du fait de la réticence de certains praticiens mais surtout à cause des coûts élevés qu'auraient pu entraîner la désinfection des logements où des malades auraient été trouvés ou encore ceux d'une assistance à ceux-ci, la France dut attendre 1968 pour qu'une loi légitima la déclaration obligatoire des cas de tuberculose. Sur la question voir entre autres: «Application de la loi de 1902 relative à la protection de la santé publique», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 49, (1903): 37-39; Maurice Letulle (rapporteur), «Rapport sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, au nom de la Commission permanente de la tuberculose», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 48, (1912): 158.

⁴⁰⁸Gouvernement général de l'AOF, «La santé publique à Dakar, les formations d'isolement et de traitement», *Bulletin d'informations et de renseignements* 84, (1935): 7.

⁴⁰⁹H. Lhuette, «Note sur le fonctionnement de l'Institut d'hygiène sociale de Dakar», *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'ouest africain et de Madagascar* 21, (1928): 332.

⁴¹⁰Conformément aux directives du Ministre des colonies, aux médecins français revenait un rôle de contrôle et de direction. A Dakar, ils avaient ainsi la haute main sur les hôpitaux où ils se bornaient à assurer un service technique de médecin consultant.

⁴¹¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène de Dakar*, 1931.

⁴¹²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1929.

dépigmentation au niveau de la région thoracique et une présence de ganglions sus-clavicaires⁴¹³. Cela n'empêchait toutefois pas que des cas échappaient à la vigilance du personnel de santé. Certains praticiens reconnaissaient ainsi passer à côté de cas où l'affection, surtout quand elle était chronique, était masquée par diverses réalités de comorbidité, une maladie aigüe en particulier qui enlevait le patient avant que le diagnostic précis de tuberculose n'ait pu être porté⁴¹⁴.

Le diagnostic établi, quand il l'était, le malade était ensuite dirigé vers le laboratoire de bactériologie où les examens étaient faits par un élève-médecin de quatrième année, sous le contrôle du médecin le cas échéant⁴¹⁵. Les élèves de l'École de médecine indigène accomplissaient à tour de rôle, à l'Institut Pasteur de Dakar, un stage pratique durant lequel ils étaient initiés entre autres à faire des prélèvements et à reconnaître les principaux agents pathogènes⁴¹⁶. L'Institut qui disait n'être guidé que par l'intérêt général présentait cette formation comme un avantage pour le service de santé et la nouvelle orientation donnée à l'AMI et qui consistait à traquer la maladie au-delà des services de santé à proprement parler. Selon lui, les médecins africains ainsi formés pouvaient être utilisés dans un service d'hygiène, et éventuellement, être envoyés dans des villages éloignés, pour procéder à une première enquête épidémiologique et faire des prélèvements d'humeurs ou d'excréta⁴¹⁷. Ce qu'il ne révélait pas c'était qu'il y trouvait également un intérêt car grâce à ces stages, il formait des auxiliaires ayant des connaissances pratiques en microbiologie et en hygiène qui pouvaient vulgariser les méthodes pastoriennes en matière de gestion des maladies⁴¹⁸.

Le Sénégalais tuberculeux étant décrit comme ne se présentant pas spontanément à la consultation du médecin même lorsque le stade de sa maladie était très avancé. Par conséquent, on porta aussi le travail d'identification jusque dans les quartiers africains. Cette volonté de détecter la maladie à la source devait permettre la réduction des risques de dissémination du

⁴¹³Borrel, «Pneumonie et tuberculose», 118-119.

⁴¹⁴Louis Lambert, «La tuberculose à l'Hôpital central indigène de Dakar pendant l'année 1931», *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'ouest africain et de Madagascar* 25, (1932): 663.

⁴¹⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène de Dakar*, 1930.

⁴¹⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Institut Pasteur de Dakar*, 1928.

⁴¹⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Institut Pasteur de Dakar*, 1933.

⁴¹⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Institut Pasteur de Dakar*, 1925.

bacille et favoriser le mouvement qui drainait les patients vers le médecin⁴¹⁹. Elle allait en même temps entraîner une plus grande intrusion du personnel de santé dans la vie des populations locales. En recommandant la création de services mobiles et en prescrivant la recherche des causes de décès en dehors des services de santé, les autorités médicales avaient déjà légitimé l'intervention du personnel de santé dans les concessions des Africains. Le travail fut confié aux infirmières visiteuses chargées de créer une liaison étroite entre l'hôpital, le dispensaire et la «case indigène⁴²⁰».

C'est en 1927 que des visiteuses européennes prirent service à Dakar puis, en mai 1930, l'École de médecine de Dakar fut dotée d'une section destinée à servir à la formation d'un personnel local⁴²¹. Les futures infirmières-visiteuses étaient recrutées dans les écoles des différents territoires de la Fédération. Elles devaient avoir entre 18 et 25 ans et pouvaient provenir des élèves-sages-femmes qui optaient pour cette section⁴²². Leur formation durait deux ans et tournait autour de l'apprentissage des notions générales d'hygiène, de médecine préventive et de puériculture. Instruites par les visiteuses européennes diplômées sur la gravité des maladies sociales (dont de la syphilis et de la tuberculose), des maladies endémiques et épidémiques, elles faisaient quotidiennement des visites à domicile⁴²³. Au cours de la deuxième année, elles faisaient des stages dans les différents services de consultations du dispensaire d'hygiène sociale et de la maternité⁴²⁴. Envoyées comme éclaireuses, elles jouèrent un rôle fondamental dans la lutte contre la tuberculose en particulier et dans la médicalisation des Dakarais en général. Les visites qu'elles faisaient permettaient d'identifier les malades mais aussi les populations exposées à la contagion qui, par la suite étaient amenées à la consultation au dispensaire⁴²⁵. Le rôle important qu'elles jouèrent poussa même le docteur Maurice Blanchard à avancer que dans l'œuvre contre la tuberculose à Dakar, tout le mérite revenait aux infirmières-

⁴¹⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H15: Assainissement de la ville de Dakar, *Rapport sur les dispensaires généraux et spéciaux de Dakar et le centre antivénérien du port de commerce*, 1924.

⁴²⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1929.

⁴²¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1930.

⁴²²Maurice Blanchard, «L'École de médecine de l'AOF, de sa fondation à 1934», *Annales de médecine et de pharmacie coloniales* 33, (1935): 93.

⁴²³Frank Cazanove, «L'Assistance Médicale», *L'hygiène sociale* 63, (1931): 1191.

⁴²⁴Couvy, «Formation morale et technique des médecins indigènes», 1196.

⁴²⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959) Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1930.

visiteuses⁴²⁶. Une remarque qui mérite d'être notée à une époque où la médicalisation, coloniale ou non, est vue comme reposant d'abord et avant tout sur l'œuvre et l'expertise de médecins hommes et de médecines blancs.

Le dépistage de la tuberculose était également effectué auprès des élèves des écoles de Dakar et de Médina. L'IHS avait là encore la charge de ces visites médicales. Cependant, à partir de 1942, date qui correspond avec sa création, le Service général de l'Inspection des écoles de l'AOF prendrait sa suite⁴²⁷. Ce travail d'identification était conduit chaque jeudi après-midi⁴²⁸. Chez les candidats à des emplois publics, la recherche de la maladie était effectuée de manière systématique⁴²⁹. Une fois les malades identifiés, ceux dont l'état était très avancé étaient dans la mesure du possible isolés dans les pavillons pour contagieux des hôpitaux⁴³⁰. Concernant le reste des tuberculeux, la majorité en fait, ils étaient suivis soit au dispensaire soit à domicile.

2-Limiter la dissémination du bacille

La démonstration de la transmissibilité de la tuberculose faisant des contagieux des éléments dangereux pour la société, différentes stratégies avaient été développées par le Département de la santé pour limiter la dissémination du bacille de Koch à Dakar. Parmi les initiatives prises, on repère une volonté de protéger la ville contre les importations du germe tuberculeux. La quantification de l'impact de la maladie sur les différentes catégories qui composaient la société dakaroise avait permis de montrer que la situation était aggravée par l'afflux de malades provenant de l'extérieur de la ville. Par conséquent, certains médecins appelèrent à renforcer le contrôle sur le personnel provenant de l'Europe.

S'il fut reconnu que ce dernier jouait un rôle limité dans la diffusion du bacille tuberculeux, certains membres du personnel de santé demeuraient toutefois convaincus que les

⁴²⁶Maurice Blanchard, «La prémunition antituberculeuse par le BCG à Dakar», *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 26, (1933): 894.

⁴²⁷A Pellegrino et Y Palud, «Opération de dépistage de la tuberculose pulmonaire en 1951-1952 parmi les écoliers de la Presqu'île du Cap-Vert», dans, *Problèmes de l'Enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*, (Paris, Centre internationale de l'enfance (CIE), 1953), 215.

⁴²⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1931.

⁴²⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, *La tuberculose en Afrique occidentale française*, 1944, document non paginé.

⁴³⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1930.

Européens participaient à l'introduction du bacille tuberculeux à Dakar. Il faut dire que, sur le conseil de médecins français qui pensaient toujours qu'il suffisait de franchir les mers et d'aller au pays du soleil pour que la tuberculose guérisse, certains tuberculeux s'arrangeaient pour trouver un emploi aux colonies⁴³¹. Pour écarter ces malades, des médecins coloniaux demandèrent qu'avant d'être engagé dans un service public, même à titre d'auxiliaire, tout européen homme ou femme soit soumis à un examen médical complet⁴³². Malgré cette prescription, du fait d'un dépistage défectueux mais aussi à cause de l'absence d'une réglementation interdisant formellement l'accès aux colonies aux tuberculeux, des employés des entreprises industrielles, agricoles et commerciales malades continuaient d'affluer à Dakar⁴³³. Le travail d'exclusion ne concernait évidemment pas uniquement les Européens. Des tentatives furent également faites pour confiner les tirailleurs contagieux à l'extérieur de la ville. Ainsi, fut-il créé à Tiaroye, à proximité du port de débarquement, un service permettant de garder pendant le temps voulu, les tirailleurs rapatriés de France pour tuberculose⁴³⁴.

Reste que la principale mesure pour contenir la transmission du bacille tuberculeux se trouva dans l'isolement des contagieux. Dans l'impossibilité de les guérir, il fallait établir une distance entre eux et les personnes saines en les confinant dans des espaces où ils auraient moins de contact avec la collectivité. L'idée d'édifier un sanatorium⁴³⁵, bien qu'elle ait été avancée, ne se concrétisa jamais. Dès 1926 était émis le souhait d'en bâtir un pour toute l'AOF à Sébikotane, situé à environ quarante kilomètres de Dakar⁴³⁶. Les autorités tenaient à ce que l'établissement soit installé en dehors de la ville⁴³⁷. Avait également été avancée l'idée de la construction pour les tuberculeux militaires réformés d'une case pour éviter tout contact avec leur famille. En se souciant du sort de ces soldats, l'administration pensait pouvoir démontrer sa préoccupation pour

⁴³¹Maurice Fournials, «La tuberculose à l'Hôpital principal de Dakar en 1931», *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 25, (1932): 661.

⁴³²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services de santé de l'Afrique occidentale française*, 1926

⁴³³Fournials, «La tuberculose à l'Hôpital principal de Dakar en 1931», 662; Toullec, «La tuberculose des sénégalais», 648.

⁴³⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'Afrique occidentale française*, 1926.

⁴³⁵Établissement de cure pour tuberculeux.

⁴³⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'Afrique occidentale française*, 1926.

⁴³⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, *Rapport au sujet de l'organisation de la prophylaxie de la tuberculose à Dakar*, 1925.

«ceux qui avaient servi l'État⁴³⁸». Fut ainsi proposé de leur aménager des villages spéciaux, ou *tuberculoseries*, sur le modèle des léproseries, qui auraient été pourvus de terres qui allaient permettre aux malades de vivre dans des conditions décentes⁴³⁹. Ces projets ne virent jamais le jour eux non plus probablement d'abord et avant tout pour des raisons budgétaires. Il n'y avait par conséquent à Dakar pas de structure destinée spécialement à la tuberculose et les malades se retrouvèrent internés dans les pavillons pour contagieux des formations médicales générales.

Si cette forme d'internement ne permettait pas de soigner les malades, au moins permettait-il de retirer de la circulation des patients pour lesquels on n'avait plus grand espoir et ainsi, au moins, assainir la ville et y écarter un danger de taille⁴⁴⁰. En effet, le choix même de l'emplacement de l'ambulance au bout de la ville, sur l'Anse Bernard, se justifiait par le fait qu'il était possible d'y garder des contagieux sans qu'ils ne se retrouvent jamais en contact avec le reste de la «population libre⁴⁴¹». Les autres étaient reçus au service des contagieux de l'HCI. Si l'Hôpital colonial et l'HCI fonctionnaient indépendamment, ce dernier collaborait étroitement avec les dispensaires de la ville et surtout l'IHS qui lui adressait plus des deux tiers des tuberculeux hospitalisés. Cet internement des malades ne se fit toutefois pas sans problèmes majeurs.

Si nous n'avons trouvé aucun écho quant aux conditions d'hébergement des tuberculeux reçus au Cap-Manuel, il n'en fut pas de même pour les malades africains isolés à l'HCI. Du fait de l'insuffisance de la capacité hospitalière, seul un nombre limité de malades bénéficiaient de l'hospitalisation, ce qui était contraire à l'idée diffusée par les autorités sanitaires selon laquelle les formations sanitaires de Dakar par leur nombre et leur équipement correspondaient largement aux besoins de la région⁴⁴². En 1938, pour une population de 100.000 habitants à Dakar, il n'existait que 450 lits alors que d'après les médecins, il en aurait fallu 650 à 700⁴⁴³. Cet

⁴³⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, *Rapport au sujet de l'organisation de la prophylaxie de la tuberculose à Dakar*, 1925.

⁴³⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services sanitaires de l'Afrique occidentale française*, 1926.

⁴⁴⁰Jean Rainaut, «Historique de la création du service de neuropsychiatrie de Fann», *Psychopathologie africaine*, tome XVII, 1-2-3, (1981): 431.

⁴⁴¹Laurent J.B. Bérenger Feraud, *De la fièvre jaune au Sénégal (Étude faite dans les hôpitaux et Saint-Louis et Gorée)*, (Paris, André Delahaye, 1874), 376-377.

⁴⁴²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H57: Textes généraux, *Note de synthèse et textes généraux sur le fonctionnement de la santé en AOF*, 1935.

⁴⁴³Sénégal, Dakar, Archives nationales, série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1938.

encombrement était également noté au sein du service des contagieux⁴⁴⁴. Ainsi arrivait-il que la venue d'un tuberculeux à l'état grave entraîna la libération d'un autre dont le cas était jugé moins préoccupant⁴⁴⁵. Ceci étant, si le nombre élevé de patients mettait à rude épreuve la capacité d'accueil de l'HCI, cette situation était parfois appréciée par l'administration hospitalière car elle offrait une succession de différents cas cliniques que les élèves de l'École de médecine pouvaient venir observer⁴⁴⁶.

La prévention de l'extension de la tuberculose ne se limitait cependant pas uniquement au confinement des malades. Les autorités sanitaires ont non seulement mené une chasse aux bacilles tuberculeux dans les concessions des Dakarois, mais ils ont cherché à intervenir sur les comportements de ces derniers, identifiés comme étant à la base du développement de la maladie dans la ville.

3-Assainir et éduquer

A Dakar, des médecins appelèrent dès le 19^e siècle à la ségrégation sanitaire des populations locales⁴⁴⁷. Toutefois, les contextes politique et économique rendaient cette ségrégation difficile à appliquer. En outre, du fait de l'insuffisance du personnel du Service d'hygiène, il était impossible d'assurer un contrôle permanent sur toute la population locale⁴⁴⁸. Ainsi, tant qu'ils n'étaient pas incontournables pour le projet colonial, mais aussi tant que l'espace disponible le permettait, les autorités sanitaires françaises développèrent des stratégies pour établir une distance spatiale entre ceux qu'ils ne pouvaient soumettre aux règles d'hygiène prescrites par leurs soins et les Européens et les Africains «évolués»⁴⁴⁹. Pour évacuer certains secteurs de la ville, on édicta un ensemble de règlements définissant de nouvelles modalités de

⁴⁴⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services de santé de Dakar et dépendances*, 1945; Gouvernement général de l'AOF, «La santé publique à Dakar, les formations d'isolement et de traitement», *Bulletin d'informations et de renseignements* 84, (1935): 7.

⁴⁴⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1943.

⁴⁴⁶Couvy, «Formation morale et technique des médecins indigènes», 1200.

⁴⁴⁷Alain Sinou, «Urbanisme et colonialisme: La production de la ville indigène au Sénégal au début du XX^e siècle», dans *Processus d'urbanisation en Afrique 2*, Catherine Coquery-Vidrovitch, dir. (Paris, L'Harmattan, 1988), 27.

⁴⁴⁸Heckenroth, «L'habitation indigène», 142, 144.

⁴⁴⁹Sisco, «Géographie médicale, Dakar», 247; France, Aix-en-Provence, ANOM, Fonds Ministériel, affaires politiques dossier n°3239, *Rapport à Monsieur le Président de la République: création de médina et établissement d'une zone d'isolement entre Médina et Dakar*, 1916,

construction de l'habitat qui allaient de facto pousser aux marges de la ville les récalcitrants. Ainsi, suite à l'épidémie de peste qui s'abattit sur Dakar en 1914 fut entrepris le transfert hors de la ville des familles chez qui des cas furent découverts avec la création d'un «quartier de ségrégation», celui de Médina⁴⁵⁰. Un décret de 1918 compléta le schéma ségréatif en instaurant une zone *non aedificandi* de 800 mètres⁴⁵¹. Toutefois, avec le recul sur l'épidémie mais surtout l'opposition des Lébou qui refusèrent de quitter leurs concessions, l'administration fut dans l'impossibilité d'y établir tous les Africains malgré les indemnités et les avantages qui leurs furent promis s'ils acceptaient de s'y déplacer⁴⁵². Le Département de la santé dut donc changer de stratégie. La nécessité de revoir son mécanisme de défense contre les maladies s'imposa avec le projet de mise en valeur de la Fédération. Puisqu'il était aussi question de protéger la santé des Africains, il fallait non seulement assainir le milieu dans lequel ils évoluaient mais aussi, par le biais de l'éducation sanitaire, leur donner les plus indispensables notions d'hygiène⁴⁵³. La lutte contre la tuberculose allait bénéficier de ces acquis.

L'établissement de liens entre la promiscuité dans les taudis et la diffusion de la tuberculose à Dakar avait poussé les médecins à se préoccuper de la question du logement, on l'a déjà mentionné. Ainsi, l'hygiène de l'habitation et l'accès à de plus spacieux logements avaient été plébiscités⁴⁵⁴. L'importance de la question était telle que pour certains praticiens, parler de la prophylaxie de la tuberculose à Dakar signifiait poser, et régler éventuellement, le problème de «l'habitation indigène⁴⁵⁵». En 1934, par exemple, l'action des pouvoirs publics visant la suppression des taudis était appelée à des résultats plus efficaces que l'action médicale⁴⁵⁶. La coopération de l'administration fut sollicitée pour la limitation de l'exploitation des indigènes par leurs propriétaires par une action en faveur de la révision du taux des loyers et, la limitation

⁴⁵⁰France, Aix-en-Provence, ANOM, Fonds Ministériel, affaires politiques, dossier n°3239, «Rapport à Monsieur le Président de la République», dossier, Affaires sanitaires. Création de médina et établissement d'une zone d'isolement entre Médina et Dakar, 1916; Élikia M'Bokolo, «Peste et société urbaine à Dakar», 13-46.

⁴⁵¹France, Aix-en-Provence, ANOM, Fonds Ministériel, affaires politiques, dossier n°3239, «Suppression de la zone *non aedificandi* du 6 mai 1918 entre la ville de Dakar et le village indigène de Médina», 1925. Du fait de l'augmentation de la population et de l'étalement de la ville, la zone *non aedificandi* fut supprimée en 1925.

⁴⁵²France, Aix-en-Provence, ANOM, Fonds Ministériel, affaires politiques, dossier 3239, Correspondance n°980, «Le Gouverneur Général de l'AOF au Ministre des colonies», Dakar, le 18 juillet 1916.

⁴⁵³Le Dantec, «L'École de médecine de Dakar», 624.

⁴⁵⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série H: santé et affaires sociales, (1920-1959), , dossier IH86: tuberculose, *Rapport au sujet de la tuberculose à Dakar*, 1926.

⁴⁵⁵Léger et Huchard, «Contribution à l'étude de la tuberculose au Sénégal», 348.

⁴⁵⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport des services sanitaires et médicaux de l'AOF*, 1937.

du nombre des occupants dans les logements⁴⁵⁷. L'érection de nouveaux logements en dehors de la ville fut proposée ainsi que la création d'un service de transport pour faciliter leur déménagement⁴⁵⁸. Mais aucune réglementation ne vint appuyer ces mesures qui ne connurent dès lors pas le succès espéré. La réalité est que, pour la majorité des médecins et des autorités sanitaires durant l'entre-deux-guerres, c'était essentiellement par des moyens médico-sanitaires et non sociaux qu'il fallait contenir le problème de la tuberculose à Dakar. Ce qui poussa le service de santé à se focaliser sur l'éducation de la population locale en matière d'hygiène.

L'impossibilité d'imposer les mesures d'hygiène à la partie de la population dakaroise qui détenait le statut de citoyen avait poussé les autorités sanitaires à parfois chercher à les initier aux règles d'hygiène⁴⁵⁹. La lutte contre la tuberculose reposa par conséquent sur un travail d'éducation. Les médecins français croyaient pouvoir modifier les comportements des Africains pour les rendre «conformes aux règles de l'hygiène» et ainsi parvenir à contenir, à défaut de stopper, la diffusion de la maladie. Cette éducation se faisait dans les écoles mais aussi à l'IHS. Elle passait par des conseils qui étaient prodigués directement aux malades ou par le biais de brochures qui leur étaient distribuées. Au dispensaire antituberculeux se faisait ainsi la distribution de tracts imprimés en français et en ouolof⁴⁶⁰. Dans l'un de ces tracts, on pouvait lire: «Ndigel pour djigiène yi di seukheut bou yague», «conseils aux femmes qui toussent depuis longtemps»⁴⁶¹. Les messages diffusés à travers ces brochures ne pouvaient toutefois toucher qu'une partie des Dakarois. De fait, même si les textes étaient écrits en Ouolof, il fallait savoir lire pour en tirer profit.

Les séances animées par les infirmières-visiteuses dans les concessions, en plus de servir à apprendre les soins à donner aux enfants, servaient également de prétexte pour «introduire» les normes hygiéniques en milieu africain. Elles se faisaient essentiellement auprès des mères. Le choix porté sur des femmes pour la diffusion et la réception des mesures préventives à domicile n'était pas fortuit. Leur rôle au sein de la famille et d'abord dans l'éducation des enfants justifiaient qu'elles furent les cibles prioritaires. Elles étaient perçues comme des alliées sûres

⁴⁵⁷Couvy, «Au sujet de la tuberculose », 455.

⁴⁵⁸*Ibid.*, 455.

⁴⁵⁹D'Anfreville de la Salle, «L'hygiène comparée de Bathurst et de nos villes sénégalaises», 548; Sisco, «Géographie médicale, Dakar», 55.

⁴⁶⁰La principale langue locale parlée à Dakar.

⁴⁶¹Houyet, «L'œuvre de l'Assistance médicale indigène en Afrique occidentale», 288.

pour préserver les enfants considérés comme «l'avenir de la race⁴⁶²». L'objectif visé était également, par l'intermédiaire de ces femmes, de gagner la famille entière aux connaissances d'hygiène⁴⁶³. Pour ce qui relève du personnel féminin, leur qualité de femme joua largement en faveur de leur implication dans l'œuvre médico-sanitaire. Pour les autorités sanitaires, puisque le travail devait se faire essentiellement sur les mères, leur envoyer les infirmières, c'était les mettre en rapport avec un personnel qui sûrement connaissait leurs préjugés car elles devaient dans la mesure du possible être choisies dans le peuple dans lequel elles devaient servir⁴⁶⁴. Des conseils étaient également donnés aux malades. Ceux-ci devaient apprendre à discipliner leur toux, à éviter de cracher par terre et à coucher à l'écart des autres membres de leur famille. L'action entreprise dans ces concessions consistait aussi en une distribution d'antiseptiques et de crachoirs alors que la désinfection des locaux dans lesquels les tuberculeux avaient succombé à leur maladie était assurée par le chef du service de santé de la Circonscription⁴⁶⁵.

Toutefois, si au moment d'établir le programme de lutte contre la tuberculose à Dakar, la surveillance et l'isolement des malades ainsi que l'amélioration de l'hygiène étaient considérés comme pouvant mener à contenir la maladie, au tournant des années 1930, la vaccination fut de plus en plus plébiscitée comme pouvant donner de bons résultats et parfois-même comme pouvant constituer la meilleure arme défensive.

B-De la vaccination par le BCG

C'est en 1921, soit après treize années de recherches dans le domaine, qu'Albert Calmette (12 juillet 1863-29 octobre 1933) et Camille Guérin (22 décembre 1872 - 9 juin 1861) réussirent à mettre au point un vaccin antituberculeux jugé sécuritaire et efficace. Le vaccin BCG était constitué par un bacille vivant du type bovin. En le cultivant sur des tranches de pomme de terre immergées dans de la bile de bœuf stérile, successivement et génération après génération, Calmette et Guérin étaient parvenus à le rendre inoffensif pour leurs cobayes⁴⁶⁶. En 1921, après

⁴⁶²Conil, «La politique sanitaire en AOF», *Outre-Mer*, 2, (1934): 208.

⁴⁶³Houyet, «L'œuvre de l'Assistance médicale indigène en Afrique occidentale», 275.

⁴⁶⁴*Ibid.*, 274.

⁴⁶⁵Couvy, «Prophylaxie de la tuberculose à Dakar», 139; Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1931.

⁴⁶⁶Arvid Wallgren, «Observations critiques sur la vaccination antituberculeuse de Calmette», *Acta Paediatrica*, 7, (1927): 121; Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *Tuberculose: Place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie*, Rapport d'expertise collective, (Paris: INSERM, 2004), 106.

deux cent-trente passages effectués depuis 1908, ils établissaient que la souche vaccinale était fixée et avait perdu définitivement de sa pathogénicité⁴⁶⁷. De juillet 1921 à juin 1924, les premiers tests de prémunition par le BCG sur des humains eurent lieu sur des nourrissons, à Paris. Suite aux résultats de ces essais, considérés appréciables, les pouvoirs publics français donnèrent à l'Institut Pasteur l'autorisation d'étendre les investigations. Le soutien apporté par l'état français à la distribution du BCG relève à l'époque du prestige de l'Institut Pasteur et renvoie aux liens préférentiels que les Pastoriens avaient établis avec des administrateurs des hautes institutions du pays dès l'ouverture de l'Institut Pasteur de Paris en 1888⁴⁶⁸. Au Sénégal, du fait de l'insuffisance des services médico-hospitaliers, des réticences des populations face à l'hospitalisation et de l'absence d'une volonté étatique favorable à la construction de sanatoriums aux coûts financiers élevés, les autorités publiques et sanitaires françaises avaient fait de la protection de l'individu sain contre l'infection par le bacille tuberculeux l'un des principes essentiels de la croisade contre la tuberculose⁴⁶⁹. Il n'est donc pas surprenant que la vaccination BCG y ait été très tôt placée dans la liste des armes susceptibles de lutter contre la tuberculose.

Si les règles de prudence voulurent qu'en France la prémunition débuta chez les nourrissons nés de mères tuberculeuses, ou particulièrement exposés à la contagion dans leur milieu familial, à Dakar, pareille précaution ne fut pas prise. Dès le 24 mai 1924, avant même que les directives ne furent données par les autorités coloniales⁴⁷⁰, les nouveau-nés de la maternité indigène furent soumis sans distinction à la vaccination par le BCG⁴⁷¹. Après une année d'essais, le vaccin était considéré comme parfaitement toléré et l'administration étendue aux nourrissons européens⁴⁷². L'extension de la maladie et le souci de prémunir les nouveau-nés ne furent cependant pas les facteurs décisifs qui expliquèrent cette administration du BCG aux enfants de Dakar. En effet, le contexte colonial allait être mis à profit pour mieux expérimenter le vaccin. Et, l'implication du personnel ainsi que le soutien fourni par les autorités administratives à différents niveaux allaient faciliter la tâche aux chercheurs de l'Institut Pasteur.

⁴⁶⁷INSERM, *Tuberculose : Place de la vaccination*, 106.

⁴⁶⁸Christian Bonah et Philippe Menut «La longue marche d'un vétéran», *La Recherche*, 356, (2002). <https://www.larecherche.fr>.

⁴⁶⁹Dessertine et Faure, *Combattre la tuberculose*, 39; Murard et Zylberman, *L'hygiène dans la République*, 479.

⁴⁷⁰C'est en septembre que le Ministre des colonies envoyait des instructions en faveur de la distribution du BCG.

⁴⁷¹Albert Calmette, *La vaccination préventive par le BCG (Bacille Calmette-Guérin)*, (Paris, Masson et Cie, 1928), 39.

⁴⁷²Constant Mathis, «A propos de la vaccination des nourrissons noirs contre la tuberculose par le vaccin BCG», *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'ouest africain* 17, (1924): 938.

1. Dakar, un laboratoire à ciel ouvert?

Pour les Américains, qui refusèrent très largement de recourir au BCG (l'infection par le bacille de Koch ne menant pas forcément à la maladie), il fallait adopter une stratégie antituberculeuse basée sur une intervention sur les déterminants qui rendaient l'individu vulnérable face à la maladie à savoir: les conditions sanitaires et socio-économiques dans lesquelles celui-ci vivait⁴⁷³. Ils ne furent pas les seuls à avoir été hésitants face au vaccin antituberculeux. Malgré les assurances offertes par Calmette concernant l'innocuité du produit biologique, le fait est que le BCG était un vaccin vivant atténué: certains craignaient qu'il puisse retrouver sa virulence et le drame de Lübeck (1930)⁴⁷⁴ viendrait grossir les rangs des sceptiques et des opposants dans bien des pays occidentaux⁴⁷⁵. Même en France on douta de l'innocuité du produit, mais aussi de son efficacité, des appréhensions face au BCG furent enregistrées surtout parmi les classes aisées ainsi qu'au sein du corps médical⁴⁷⁶.

La vaccination par le BCG n'était pas bien vue par des Français favorables à la préservation de la santé par une action sur le mode de vie, l'alimentation (jeûne, végétarisme...) ou encore par une intervention sur les facteurs environnementaux qui auraient pu expliquer le développement des maladies⁴⁷⁷. Parce que la vaccination par le BCG menaçait le placement des enfants sains dans les campagnes ou celui de jeunes tuberculeux dans les préventoriiums⁴⁷⁸, elle

⁴⁷³Ce sont là les arguments avancés par les américains pour qui le meilleur moyen de lutter contre la tuberculose était de renforcer la résistance des individus par un relèvement de leur niveau de vie. Voir: Georgina Feldberg, *Disease and class: Tuberculosis and the shaping of modern North American society*, (New Brunswick: Rutgers University Press, 1995).

⁴⁷⁴Accident lié à une contamination du BCG en 1930, à Lübeck, en Allemagne. Il se solda par plusieurs décès et entraîna une méfiance quant à l'innocuité du vaccin. Voir en particulier sur ce drame: Philippe Menut, «The Lübeck catastrophe and its consequences for anti-tuberculosis BCG vaccination», dans *Singular selves. Historical issues and contemporary debates in immunology*, Anne-Marie Moulin et Alberto Cambrosio éd. (Amsterdam: Elsevier, 2001), 202-210 et Christian Bonah, «“The experimental stable” of the BCG vaccine: safety, efficacy, proof and standards, 1921-1933», *Studies in history and philosophy of biological and biomedical sciences*, 36, (2005):696-721.

⁴⁷⁵Calmette, *La vaccination préventive par le BCG*, 8; Linda Bryder, «We shall not find salvation in inoculation: BCG vaccination in Scandinavia, Britain and the USA, 1921-1960», *Social science and medicine* 49, 9, (1989): 1158.

⁴⁷⁶INSERM, *Tuberculosis: Place de la vaccination dans la maîtrise*, 108; Pierre Lombard, «A propos du malentendu du BCG», *Le monde médical*, août-septembre-octobre 1954, 111; Catherine Rollet-Échalier, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République*, (Paris, PUF, 1990), 208. Voir aussi Laurence Monnais, «Preventive medicine and Mission civilisatrice».

⁴⁷⁷Jolanta Skomska Godefroy, «La résistance contemporaine à la vaccination: le cas français», dans *L'aventure de la vaccination*, Anne Marie Moulin, dir. (Paris: Fayard, 1996), 425-427.

⁴⁷⁸Établissements situés en campagnes où les enfants tuberculeux soumis à un régime d'internat, à une hygiène spéciale, constituée d'une alimentation surveillée, une aération, des activités alternant repos et activité physique.

n'avait pas non plus eu la faveur des acteurs mobilisés autour de ces pratiques qui non seulement avaient des buts thérapeutiques et préventifs bien établis mais aussi cherchaient à susciter l'attachement des jeunes citadins à la terre ou encore à les initier, eux et leurs familles, à une vie quotidienne plus saine⁴⁷⁹. La vaccination n'était, en somme, pas suffisamment éducatrice. Les opposants à la vaccination étaient aussi motivés par un refus d'un contrôle accru des autorités politiques et sanitaires sur leurs corps ou encore par une réticence face à la médicalisation croissante de leur santé⁴⁸⁰.

Le constat d'incidents suite à l'administration du vaccin BCG expliquerait également la circonspection de certains Français⁴⁸¹. Ainsi Frédérick Hoffet, un des animateurs du mouvement contre le vaccin BCG, aurait perdu son enfant dans les années 1930 après que celui-ci a reçu le produit immunisant⁴⁸². Quant au bactériologiste José Lignières, qui émettait également des réserves sur l'innocuité du BCG, il aurait vu des cobayes maigrir et même mourir après administration du vaccin qui lui fut donné par Guérin en 1924⁴⁸³. Le rejet de la vaccination était aussi lié à l'absence de preuve de son incidence sur la contraction de la maladie, en somme son efficacité. Le docteur Arvid Wallgren, professeur en pédiatrie à Göteborg, en Suède, partant du constat que des sujets vaccinés par voie buccale ne réagissent qu'exceptionnellement à la tuberculine, rejetait toute foi en la capacité immunisante du vaccin pastorien⁴⁸⁴. Le professeur Greenwood, épidémiologiste à l'Université de Londres quant à lui, reprochait à Calmette d'avoir utilisé des données statistiques peu fiables pour démontrer les avantages de son BCG⁴⁸⁵. Ainsi, avançait-t-il que les enfants chez qui les baisses de mortalité par tuberculose avaient été enregistrées par le bactériologiste avaient été isolés des membres de leurs familles contagieux, ce qui avait participé à les mettre à l'abri de toute infection et par conséquent expliquait les taux de mortalité appréciables accordés intentionnellement à la vaccination antituberculeuse uniquement⁴⁸⁶.

⁴⁷⁹Dessertine et Faure, *Combattre la tuberculose*, 67-73.

⁴⁸⁰Skomska-Godefroy, «La résistance contemporaine à la vaccination», 423-435; Marina Gheorghiu, «Le BCG, vaccin contre la tuberculose: leçons du passé pour aujourd'hui», dans *L'aventure de la vaccination*, 227.

⁴⁸¹Godefroy, «La résistance contemporaine à la vaccination», 425.

⁴⁸²*Ibid.*, 425.

⁴⁸³José Lignières, «Contribution à l'étude des qualités pathogènes du vaccin BCG contre la tuberculose», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 91, 98, (1927): 145.

⁴⁸⁴Wallgren, «Observations critiques sur la vaccination antituberculeuse de Calmette», 122-123.

⁴⁸⁵M. Greenwood, «Professor Calmette's statistical study of BCG vaccination», *British medical journal* 1, 3514, (1928):793-795.

⁴⁸⁶*Ibid.*, 793.

Pour toutes ces raisons, l'expérimentation du BCG ne se fit pas à grande échelle en Occident avant la Deuxième guerre mondiale. La colonisation allait cependant offrir une alternative aux Pastoriens en ouvrant d'autres contrées aux essais qui allaient constituer autant d'arguments pour renforcer la crédibilité du vaccin. Le Sénégal, comme bien d'autres colonies françaises, fut ainsi un des lieux qui servirent à construire et à consolider l'image internationale du BCG dès les années 1920. Ce fut par les soins de l'Institut Pasteur de Dakar que se firent les premières vaccinations antituberculeuses outre-mer⁴⁸⁷. Du fait du délai de validité du vaccin qui ne dépassait pas dix jours et des difficultés pour le faire parvenir aux laboratoires situés hors de France dans les temps raisonnables, l'Institut Pasteur de Paris s'était effectivement trouvé dans l'obligation de déléguer sa production⁴⁸⁸.

En 1927, le BCG était déjà produit à Dakar et sa distribution gratuite⁴⁸⁹. Les nouveau-nés étaient vaccinés dans les dix premiers jours de leur vie par ingestion, à trois reprises, de deux milligrammes de BCG⁴⁹⁰. En 1927, les premières prémunitions étaient pratiquées dans les écoles alors que les infirmières procédaient à la vaccination des nouveau-nés à domicile⁴⁹¹. Les visiteuses, responsables du service de vaccination à domicile, passaient chaque jour au bureau d'état civil pour y prendre les adresses des accouchées et porter le vaccin aux nourrissons⁴⁹².

⁴⁸⁷Mathis, *L'œuvre des Pastoriens en Afrique noire*, 339.

⁴⁸⁸Bonah, «“The experimental stable” of the BCG vaccine», 698.

⁴⁸⁹Mathis, *L'œuvre des Pastoriens en Afrique noire*, 339.

⁴⁹⁰Mathis, «A propos de la vaccination des nourrissons noirs», 938.

⁴⁹¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical des services sanitaires de l'AOF*, 1927; Henri Boiron, Jean Sénécal, Pierre Couturier, «La vaccination par le BCG en Afrique noire française», *Journées africaines de pédiatrie*, (Paris: Presses de l'imprimerie Villain et Bar, 1960), 46.

⁴⁹²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel des services sanitaires de l'AOF*, 1935.

Figure 7. – Séance de vaccination au BCG dans un quartier africain de Dakar⁴⁹³



La vaccination ne reposait cependant sur aucune obligation légale. Et la crainte d'un rejet de la technique poussa les autorités sanitaires à recommander la prudence aux infirmières chargées des activités d'immunisation⁴⁹⁴. Pour démontrer les avantages du BCG, s'appuyant sur les renseignements recueillis au service d'état civil, des médecins comparèrent les taux de mortalité générale des enfants prémunis avec ceux d'autres n'ayant pas reçu le vaccin. D'après Maurice Blanchard, face à l'impossibilité d'établir avec exactitude le nombre des décès ressortissant à la tuberculose parmi les innombrables causes de la mortalité infantile locale, le taux de la mortalité globale entre les nouveau-nés prémunis et les non prémunis restait le seul test utilisable pour juger de l'efficacité de la prémunition⁴⁹⁵. Louis Couvy montrait ainsi que chez ceux qui avaient bénéficié de la vaccination, la mortalité générale était moins importante. Sur 267 enfants nés et vaccinés à la maternité, il aurait constaté 29 décès, ce qui représentait une mortalité de 7,1%⁴⁹⁶. Chez 193 vaccinés nés à domicile, 20 décès auraient été enregistrés, ce qui constituait une mortalité de 10,1% alors que chez 35 enfants non vaccinés 5 décès auraient été

⁴⁹³Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier IH86: tuberculose, 1925-1958.

⁴⁹⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1930.

⁴⁹⁵Blanchard, «La prémunition antituberculeuse par le BCG à Dakar», 896.

⁴⁹⁶Couvy, «Sur la tuberculose à Dakar», 665-666.

déclarés, ce qui faisait une mortalité de 14%⁴⁹⁷. Blanchard aurait également constaté une baisse de la mortalité chez ceux qui avaient absorbé le BCG alors que chez les non prémunis, la mortalité continuait à avoir la même incidence⁴⁹⁸.

Tableau 3. – Mortalité générale chez les enfants soumis au BCG de 1928 à 1932⁴⁹⁹

Années	Prémunis	Décès (1 ^{er} mois)	Décès (5 mois suivants)	Décès (6 à 12 mois)	Décès (Après 1 an)	Total	%
1928	721	38	32	28	108	206	28,57
1929	797	46	56	28	68	198	24,15
1930	1.002	32	55	34	65	186	18,56
1931	1.196	21	27	21	12	81	15,08
1932	1.453	30	24	11	-	65	4,47

Tableau 4. – Mortalité générale chez les enfants non soumis au BCG de 1928 à 1932⁵⁰⁰

Années	Prémunis	Décès (1 ^{er} mois)	Décès (5 mois suivants)	Décès (6 à 12 mois)	Décès (après 1 an)	Total	%
1928	215	49	11	5	20	85	39,53
1929	382	72	19	8	31	130	34,05
1930	377	74	12	16	19	121	32,09
1931	251	39	4	17	16	76	30,27
1932	478	42	31	18	-	81	19,03

Toutefois, tel que démontré par ces médecins coloniaux, parmi les enfants prémunis, on pouvait retrouver une catégorie qui, dès la naissance, fréquentait assidument les consultations pour nourrissons⁵⁰¹. Il s'agissait d'enfants suivis de manière générale et protégés contre d'autres

⁴⁹⁷Couvy, «Sur la tuberculose à Dakar», 665-666.

⁴⁹⁸Blanchard, «La prémunition antituberculeuse par le BCG à Dakar», 895.

⁴⁹⁹*Ibid.*, 895.

⁵⁰⁰*Ibid.*, 895.

⁵⁰¹Couvy, «Sur la tuberculose à Dakar», 666.

affections que la tuberculose. On pouvait estimer que le succès de la prévention ou du traitement précoce de ces affections avait pu faire baisser chez eux les taux de mortalité générale. Pour autant, les autorités sanitaires s'étaient contentés d'attribuer les taux de mortalité différentiels entre ces enfants et ceux qui ne bénéficiaient d'aucun suivi aux effets de l'administration du BCG.

L'application de la vaccination à Dakar ne servit pas uniquement à construire une connaissance sur ses effets chez les enfants de la région. Elle permit aussi de glaner des informations sur l'utilisation du BCG sur des adolescents et les adultes. Quatre cent quatre-vingt-dix tirailleurs sénégalais furent ainsi vaccinés en juin 1925⁵⁰². Le choix porté sur cette communauté fut expliqué par la possibilité de les surveiller étroitement. Nous n'avons malheureusement pas trouvé d'informations détaillées sur ces essais. Il apparaît que si la science a facilité la colonisation en permettant une meilleure connaissance du milieu et des hommes ou encore en permettant la protection de la main d'œuvre et la sanitarisation des colonies, elle a aussi pris avantage du contexte colonial pour se développer et construire sa légitimité. Les expérimentations et différents travaux menés n'auraient cependant pu se faire sans la réunion d'un certain nombre de conditions.

2-Un contexte favorable

L'existence d'un laboratoire de microbiologie à Dakar a largement facilité la distribution du BCG⁵⁰³. Il serait néanmoins erroné de penser à une subordination complète de l'Institut aux besoins de l'administration coloniale. En fait, il trouvait également son intérêt dans cette association avec le gouvernement fédéral car la Convention signée en 1923-24 ouvrait la voie à l'importation des méthodes pastoriennes dans les colonies françaises de l'ouest africain –à la même époque d'ailleurs des textes du même type étaient signés entre le Gouvernement de l'Indochine française et l'Institut Pasteur de Paris. Elle lui offrait ainsi de nouveaux champs d'investigation parmi lesquels figurait celui de la vaccination antituberculeuse. Celle-ci venait tout juste d'être mise au point et ses modalités d'application et d'adaptation en milieu africain demeuraient encore inconnues. Le synchronisme était porteur.

⁵⁰²Maurice Blanchard, «La prémunition par le BCG à Dakar», *Bulletin social de pathologie exotique* 25,4, (1932): 366.

⁵⁰³Mathis, *L'œuvre des Pasteuriens en Afrique Noire*, 19.

Pour l'administration coloniale, c'était une fierté qu'une structure française dont elle avait reconnu la vocation scientifique puisse développer un moyen de lutter contre la tuberculose dans la région⁵⁰⁴. Consciente et confiante en l'apport de la science française pour médicaliser et améliorer la santé des territoires conquis, elle avait, dès le début du siècle, créé un cadre favorable à l'installation d'instituts et de laboratoires de microbiologie dans certains territoires et à encourager la formation du personnel médical colonial aux méthodes pastoriennes. Dès 1903, à la suite d'un contrat passé entre le Ministère des Colonies et l'Institut Pasteur, des stages réguliers étaient accordés à des médecins des Troupes coloniales⁵⁰⁵. Il faut bien considérer en outre que le BCG était décrit comme la mesure préventive la plus pratique, celle qu'il était possible d'appliquer dans l'immédiat, la plus efficace et la moins coûteuse car l'Institut Pasteur les fournissait gratuitement⁵⁰⁶. Pour les Français qui ne pouvaient assurer l'hospitalisation des malades et qui butaient sur le traitement de la maladie, le vaccin était une aubaine. C'est donc en toute logique que concernant la vaccination antituberculeuse, l'Inspection du service général de santé, l'Administration de la circonscription et la Mairie de Dakar ne cessèrent d'œuvrer pour assister les Pastoriens dans leur tâche en leur prêtant le plus efficace des appuis⁵⁰⁷. Le fait que le personnel médical colonial français était essentiellement formé de fonctionnaires ne pouvait que faciliter les choses en la matière⁵⁰⁸.

Au vu de l'insuffisance d'une clientèle privée pouvant leur permettre d'évoluer en dehors des cadres de l'état, il leur aurait été difficile de s'opposer à une technique soutenue et portée par celui-ci. En outre, il faut bien considérer que la grande majorité du personnel militaire colonial était acquise à la cause et aux pratiques pastoriennes, y voyant un moyen de venir à bout des pathologies qui affectaient les soldats dans les casernes⁵⁰⁹. Et, la position de ce personnel militaire au sein du corps médical colonial français ne pouvait que faciliter les choses. Majoritaires dans l'œuvre de médicalisation, ils assuraient l'administration de l'essentiel des services de santé à Dakar. Ce qui explique que le Pastorien Constant Mathis avait été bien

⁵⁰⁴Jean Pierre Dozon, «Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil», *Sciences sociales et santé* 3, (1985): 28.

⁵⁰⁵Mathis, *L'œuvre des Pastoriens*, 15.

⁵⁰⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services de santé de Dakar et dépendances*, 1933.

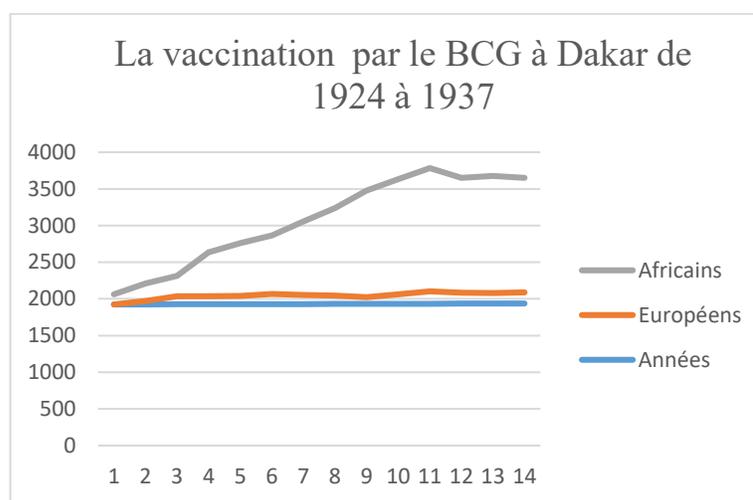
⁵⁰⁷Blanchard, «La prémunition par le BCG à Dakar», 366.

⁵⁰⁸Monique Van Dormael, «La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde », *Studies in health services organisation & policy*, 1, (1997),13

⁵⁰⁹Bruno Latour, *Les microbes: guerre et paix, suivi de Irréductions*, (Paris: A.M. Métailié, 1984), 159.

accueilli à la maternité indigène lors des premières applications de la vaccination par le BCG⁵¹⁰. La position des Pastoriens dans l'armature médicale à Dakar participait aussi à faciliter les essais et la diffusion du vaccin antituberculeux à Dakar. Ainsi, Louis Couvy, qui s'était attelé à expérimenter l'application du BCG mais aussi à en montrer les bienfaits, n'était autre qu'un praticien détaché de l'Institut Pasteur de Paris qui en 1925 prenait la direction de l'Hôpital indigène et de la maternité indigène ainsi que celle de l'IHS. En 1935, il assurait la fonction d'Inspecteur Général des Services sanitaires et médicaux de l'AOF⁵¹¹. Il n'est donc pas surprenant que, malgré le drame de Lubëck, qui n'est soit dit en passant jamais évoqué dans les rapports consultés, la distribution du vaccin à Dakar se fit de manière constante et progressive.

Figure 8. – Vaccinations par BCG à Dakar, 1924-1937



Malgré tout, on n'assista pas à une baisse des cas de tuberculose dans la ville. En effet, les statistiques relatives au nombre de tuberculeux continuaient à suivre une courbe ascendante⁵¹². L'insuffisance des installations nécessaires au traitement de la maladie ainsi que le manque de coopération des malades furent mis de l'avant⁵¹³. Reste que, à notre avis, bien d'autres éléments entraînent en ligne de compte.

⁵¹⁰Mathis, «A propos de la vaccination des nourrissons noirs», 930.

⁵¹¹Mathis, *L'œuvre des Pastoriens en Afrique noire*, 132-133.

⁵¹²Bergeret et Roustaing, «Note sur la tuberculose à Dakar», 247.

⁵¹³Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services de santé de Dakar et dépendances*, 1945.

C-Des actions aux effets limités

A cause de l'insuffisance des moyens financiers et humains disponibles, de l'inefficacité des moyens thérapeutiques mais également du fait d'une volonté de reproduire à Dakar des mesures qui avaient donné de bons résultats en France alors que les contextes différaient, les autorités sanitaires se trouvaient dans l'impossibilité d'opposer à la tuberculose une réponse à la hauteur du mal. Aussi, la réponse des populations locales -malades comme individus sains- aux différentes stratégies opposées à la tuberculose est fort probablement un autre élément déterminant qui constitua une entrave aux stratégies mises en place pour contenir l'extension de la maladie. Par conséquent, jusqu'à la fin des années 1940, les réalisations face à la maladie furent minimes.

1-Des mesures décalées

Concernant les infirmières-visiteuses, leur service n'avait pas donné les résultats attendus. Bien que la plupart du temps les conseils qu'elles donnaient fussent suivis, les crachoirs distribués gratuitement utilisés et les malades vus au dispensaire, les limites de la prophylaxie domiciliaire qu'elles dirigeaient apparurent très vite⁵¹⁴. Leurs conditions de travail elles-mêmes ne militaient pas en faveur d'un bon rendement. Nombreux étaient les obstacles qu'il fallait surmonter. N'ayant pas à leur disposition de moyen de transport, elles devaient faire de longues marches de 14h à 18h pour faire du porte à porte⁵¹⁵. Interminables étaient également les explications qu'il fallait donner pour pouvoir convaincre les populations rencontrées⁵¹⁶. L'insuffisance des connaissances pratiques des infirmières fut également pointée du doigt⁵¹⁷. En effet, parmi celles-ci on retrouvait des anciennes élèves sages-femmes dont l'aptitude avait été reconnue insuffisante aux examens de passage annuels dans leur programme⁵¹⁸.

⁵¹⁴Couvy, «Prophylaxie de la tuberculose à Dakar», p.140.

⁵¹⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène de Dakar*, 1931.

⁵¹⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services de santé de l'AOF*, 1927.

⁵¹⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'École de médecine de l'AOF*, 1932.

⁵¹⁸Blanchard, «L'École de médecine de l'AOF», 93.

Les visiteuses durent aussi faire face à l'accueil peu chaleureux de certains Dakarois. Tel que reconnu par le médecin colonel Frank Cazanove, pour la majorité des indigènes, la médecine préventive présentait un aspect coercitif⁵¹⁹. Leurs interventions furent ainsi considérées comme une véritable intrusion dans l'intimité des patients et de leurs contacts. Elles visitaient les cases, commentaient leur état de salubrité, notaient le nombre de pièces, leurs dimensions, l'aération, le nombre des habitants, l'état de santé de chacun d'eux⁵²⁰. Différentes actions qui faisaient que les populations locales ne voyaient que vexation dans leurs actions ainsi que dans les mesures qu'elles proposaient⁵²¹. Il arrivait ainsi qu'au cours de ces visites, elles furent injuriées avant d'être écoutées⁵²². Il n'est donc pas surprenant que, dès 1938, on assista à la suppression de tout recrutement de ces visiteuses et que, en 1945, le Ministre des colonies ait donné son accord pour leur intégration éventuelle dans le cadre des sages-femmes africaines⁵²³.

Un facteur non moins important fut qu'aucune mesure ne fut prise pour améliorer le niveau de vie des populations africaines. Ce qui rendait caduques certaines actions développées pour prévenir la diffusion du germe tuberculeux. La reproduction de certaines méthodes appliquées en Europe constituait une entrave au succès de l'action entreprise. Dès 1931, les conseils des infirmières visiteuses furent jugés comme inopérants auprès de certains malades car rédigés pour des citoyens aisés⁵²⁴. Les conditions socio-économiques précaires dans lesquelles vivaient certains tuberculeux rendaient parfois impossible le confinement à domicile. Le contagieux isolé chez lui, sans avoir la possibilité d'avoir une chambre personnelle, demeurait inévitablement en contact avec des sujets sains et continuait de constituer une source de diffusion du germe tuberculeux. La situation fut telle que, en 1934, le rédacteur du rapport de l'Institut d'hygiène social considérait ces conseils d'isolement comme une «injure à la misère⁵²⁵». Concernant les

⁵¹⁹Cazanove, «L'Assistance médicale», 191.

⁵²⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services de santé de Dakar et dépendances*, 1931.

⁵²¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services de santé de Dakar et dépendances*, 1931.

⁵²²Crozat, «Formation et rôle des sages-femmes », 1202.

⁵²³Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1916-1959), dossier 1H98: École africaine de médecine, fonctionnement, *Le Ministre des colonies Vaucel, à Monsieur le Gouverneur Général de l'A.O.F.*, Paris, le 18 octobre 1945. Elles devaient au préalable subir un examen qui allait permettre d'identifier celles qui étaient aptes à devenir sages-femmes

⁵²⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série G: Rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services de santé de l'AOF*, 1931.

⁵²⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services de santé de Dakar et dépendances*, 1934.

désinfections, elles étaient irréalisables dans des constructions en bois et en paille⁵²⁶. La distance entre les mesures édictées, les moyens disponibles ou encore les réalités sociales des populations locales participèrent ainsi largement à entraver la réussite de la lutte contre la tuberculose.

Moins connue, la faible implication des médecins dans ce programme de prévention fut un autre obstacle à la réussite de l'œuvre contre la tuberculose. Le Gouverneur Général se plaignait de leur incomplète compréhension de l'importance du rôle social qu'ils devaient remplir mais aussi de leurs hésitations et leur manque d'initiative⁵²⁷. Le fait que cette intervention se faisait en dehors de leur contrôle expliquait certainement leur manque d'enthousiasme. Ils ne montrèrent, en fait, un grand intérêt pour la lutte contre la tuberculose que lorsque les pratiques médicales furent mobilisées comme principal argument pour combattre la tuberculose.

2-Une prise en charge hospitalière lacunaire

Les conditions d'isolement dans les hôpitaux de Dakar étaient par ailleurs telles que beaucoup de malades répugnaient à être internés. Le service des contagieux de l'Hôpital central était un endroit où les patients rentraient avec appréhension puisqu'il ne constituait pas un cadre satisfaisant. Ce qui fut d'ailleurs dénoncé par certains médecins eux-mêmes. Le Médecin colonel Dejou, directeur de l'hôpital, soutenait ainsi que l'œuvre antituberculeuse était très limitée du fait de l'état lamentable des locaux d'hospitalisation⁵²⁸. Certains médecins allaient même jusqu'à considérer les conditions d'internement comme l'un des facteurs qui justifiaient les taux élevés de mortalité chez les tuberculeux indigènes⁵²⁹. En effet, l'organisation intérieure du service ne répondait pas aux conditions d'hygiène élémentaire qui pouvaient permettre de réaliser l'isolement des tuberculeux sans danger pour les autres malades et vice versa. Ils étaient hospitalisés dans le service au même titre que les varioleux ou les pesteux⁵³⁰. Cette absence de

⁵²⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, «Rapport médical annuel des services de santé de Dakar et dépendances», 1935.

⁵²⁷J. Noir, «L'organisation de l'Assistance médicale indigène en Afrique occidentale française. L'importance de son rôle. Les difficultés de son fonctionnement. La question du recrutement des médecins de colonisation», *Le concours médical*, 53^e année, 1931, 13-14.

⁵²⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services de santé de Dakar et dépendances*, 1945.

⁵²⁹Bergeret et Rostaing, «Note sur la tuberculose à Dakar», 248.

⁵³⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale *Rapport médical annuel des services de santé de Dakar et dépendances*, 1945. Nous nous posons cependant la question à savoir si ce discours ne participait pas aussi à camoufler les limites de la thérapeutique.

ségrégation des malades démontrait le peu d'intérêt que ceux-ci représentaient sur le plan thérapeutique ou le peu d'espoir qu'il y avait en leur potentielle guérison. Reste que, durant l'entre-deux-guerres, l'isolement semblait plus tenir du besoin de retirer le malade contagieux de la circulation afin de prémunir les individus sains que de celui d'améliorer son sort en soulageant ses maux.

L'inefficacité des soins prodigués jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre participait également à expliquer la réticence des Africains face à l'hospitalisation. C'est à partir de 1930, que furent appliqués à Dakar des traitements par le biais de la collapsothérapie et de l'aurothérapie (traitement par les sels d'or). La collapsothérapie avait pour but la réduction du volume du poumon, son exclusion fonctionnelle et la réduction ou la quasi suppression de sa circulation sanguine et lymphatique⁵³¹. Cette mise au repos devait permettre de fermer les cavités créées par la destruction du tissu pulmonaire par le bacille tuberculeux⁵³². Ces cavernes étaient considérées comme dangereuses pour la collectivité et le malade car c'était là que pullulaient les bacilles tuberculeux⁵³³. Si les méthodes collapsothérapeutiques étaient décrites comme ayant occasionné des guérisons, il fut également reconnu qu'elles causaient des séquelles fonctionnelles souvent importantes⁵³⁴, ce qui ne pouvait être rassurant pour les malades. Concernant les composés à base d'or, ils auraient été utilisés à différentes périodes dans le traitement de la tuberculose et plus particulièrement à partir du moment où Robert Koch aurait démontré que les sels d'or inhibaient la croissance du bacille portant son nom⁵³⁵. En 1932, était prévue la généralisation de l'emploi du traitement par les injections d'antigène méthylique de Nègre et Boquet alors qu'à partir de 1933, un essai de traitement par le pneumothorax qui consistait à l'insufflation d'air entre le poumon malade et la plèvre était tenté.

⁵³¹Dessertine et Faure, *Combattre la tuberculose*, 49.

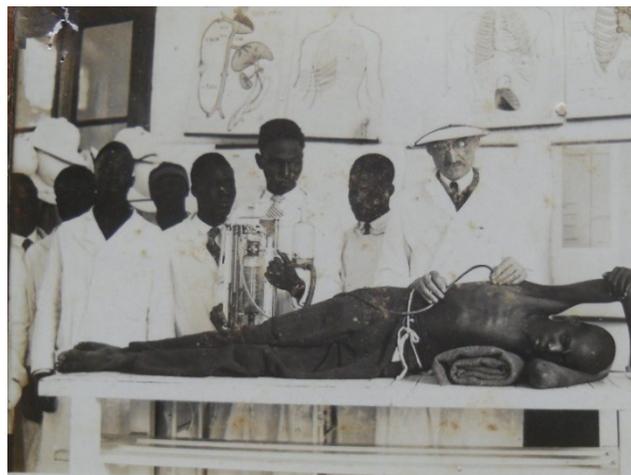
⁵³²Delarue, *La tuberculose*, 100.

⁵³³*Ibid.*, 100.

⁵³⁴Jacques Charpin et Denis Charpin, *La tuberculose*, (Paris : PUF, 1983), 18.

⁵³⁵Selman A. Walksman, *The conquest of tuberculosis*, (California: University of California Press, 1965), 62.

Figure 9. – Une séance de pneumothorax à l’HCI⁵³⁶



Si l'idée a été émise dès le 18^e siècle, c'est au tournant des années 1880 que le médecin italien Carlo Forlanini (1847-1918) réalisa le premier pneumothorax sur un malade. A la veille de la Première guerre, son usage s'était généralisé en Occident⁵³⁷. Un essai de traitement par la phrénicectomie (section des deux nerfs phréniques pour paralyser une partie du diaphragme) fut aussi entrepris en 1933⁵³⁸. Selon certains praticiens, du fait de leur retentissement sur l'état général, le pneumothorax et la phrénicectomie étaient acceptés par les patients de l'HCI⁵³⁹. Cependant, dès 1936, les médecins reconnaissaient qu'il n'y avait là que des réalisations thérapeutiques bien minimes pour lutter contre la maladie déclarée⁵⁴⁰. Et les patients qui se décourageaient face à des soins aux effets limités et de longue durée préféraient retourner chez eux⁵⁴¹. Le pneumothorax devait par exemple durer quatre ans⁵⁴². La plus longue application sur un patient dura apparemment seulement onze mois⁵⁴³.

⁵³⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série H: santé (1920-1959) dossier 1H86: tuberculose, 1925-1958.

⁵³⁷Guillaume, *Les tuberculeux du 19^e siècle*, 245.

⁵³⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1933.

⁵³⁹*Ibid.*, 1945.

⁵⁴⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel de l'Hôpital central indigène*, 1936.

⁵⁴¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration, générale, *Rapport médical annuel des services de santé de l'AOF et du Togo*, 1946.

⁵⁴²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport médical annuel des services de santé de Dakar et dépendances*, 1945.

⁵⁴³*Ibid.*, 1936.

L'absence d'une sécurité financière due au caractère temporaire ou précaire de l'emploi de la plupart des malades constituait une autre entrave à toute possibilité de rester alité pendant une longue durée. Si les fonctionnaires tuberculeux pouvaient, dès 1931, bénéficier de congés de longue durée renouvelables de six mois en six mois jusqu'à concurrence de cinq années, il en allait autrement pour ceux qui ne servaient pas dans l'administration et qui constituaient la majorité de la population⁵⁴⁴. Ainsi, dès qu'ils craignaient de perdre leur emploi ou qu'ils constataient une amélioration, les malades quittaient l'hôpital⁵⁴⁵. Les niveaux de vie bas ne jouaient par conséquent pas seulement sur la vulnérabilité face à la maladie mais ils impactaient également l'observance des soins et entravaient ainsi l'isolement des contagieux.

Il ressort ainsi que c'étaient les conditions dans lesquelles se faisaient l'internement, les résultats limités de la thérapeutique ainsi que leurs obligations sociales qui poussaient les patients à tourner le dos aux services de santé. Ces différents facteurs firent que, jusqu'à la fin des années 1940, les hôpitaux jouèrent un rôle négligeable dans la gestion de la tuberculose mais aussi que cette dernière continua à affecter la population dakaroise. En même temps, il ne faut pas penser que la prémunition par le BCG eut une meilleure réception à Dakar.

3. Et si le vaccin n'avait pas fait l'unanimité?

Contrairement à l'idée véhiculée par l'Institut Pasteur selon laquelle le vaccin BCG a toujours été accepté et n'a jamais donné lieu à un incident à Dakar⁵⁴⁶, la vaccination à domicile s'était heurtée à ses débuts à une résistance claire des familles⁵⁴⁷. Cette réticence peut être attribuée, en partie, à la position des Dakarois face à la vaccination de manière générale. Les autorités françaises n'avaient de fait jamais réussi à imposer le vaccin antivariolique⁵⁴⁸. Bien que l'arrêté du 10 juin 1905 l'y rendait obligatoire auprès des enfants comme des adultes, en dehors des vaccinations pratiquées à la maternité, dans les écoles et à la prison, la majorité de la

⁵⁴⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, «La tuberculose en AOF», Annexe au rapport médical annuel des services de santé de l'AOF, 1942.

⁵⁴⁵*Ibid.*, 1942.

⁵⁴⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Institut Pasteur de Dakar*, 1928; 1931.

⁵⁴⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série H: Santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: Tuberculose, *Rapport au sujet de l'organisation de la prophylaxie de la tuberculose à Dakar*, 1929.

⁵⁴⁸Voir Gueye, «Étude des épidémies à Dakar», 79.

population y échappait⁵⁴⁹. Concernant la vaccination contre la peste, s'était établie dans l'opinion publique l'idée que son application était toujours suivie d'une phase où l'organisme était très sensible à l'infection pesteuse⁵⁵⁰. Il nous est difficile de déterminer avec exactitude les raisons de cette circonspection. Toutefois, des entretiens faits sur la vaccination contre la rougeole dans le cadre de la réalisation de notre mémoire de maîtrise en 2007, montrent une association entre vaccin et issue fatale de certaines maladies⁵⁵¹. De plus, certaines pratiques qui accompagnaient l'administration du BCG ne militaient pas en faveur du consentement de toute la population. Pour contourner l'obstacle constitué par les difficultés de retrouver une partie des enfants prémunis à la maternité et dont l'état civil était imprécis, leurs corps étaient marqués par un petit tatouage au vermillon en arrière de l'épaule⁵⁵². Or, cette pratique allait à l'encontre des croyances musulmanes et ne militait pas en faveur d'une large diffusion du vaccin parmi cette communauté qui constituait la majorité de la population africaine dakaroise⁵⁵³.

La résistance de certains médecins membres des différents comités d'hygiène ne milita pas en faveur de la vaccination à Dakar non plus – nous revenons ici sur l'idée que la vaccination ne faisait pas l'unanimité chez les experts et que certains y résistèrent même ouvertement. Le Gouvernement général de l'AOF possédait un Conseil supérieur de santé et d'hygiène publique où l'élément médical se trouvait largement représenté. Ce conseil avait pour mission de proposer aux autorités administratives des mesures sanitaires destinées à préserver la santé publique et les agents d'exécution de ces initiatives étaient des médecins de santé publique qui avaient dans leurs attributions, entre autres, la surveillance des immeubles à construire et l'inspection des écoles⁵⁵⁴. Si les avancées de la microbiologie avaient permis à ces praticiens de gagner en efficacité dans la prévention des maladies grâce à la mise en évidence des germes responsables et de leurs modes opératoires⁵⁵⁵, il demeure que la vaccination ne les avantageait pas. En fait, le succès de la prémunition ne pouvait qu'impliquer une relégation au second plan des autres

⁵⁴⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série H : Santé (1920-1959), dossier 1H15: Assainissement de la ville de Dakar, 1924, *Vaccination antivariolique*, 1924.

⁵⁵⁰L. Rigollet, «A propos de l'épidémiologie de la peste», 503.

⁵⁵¹Entrevue avec Amy Tine, Ménagère habitant Khombole, 20 avril 2008.

⁵⁵²Calmette et al., «Essais de prémunition par le BCG contre l'infection tuberculeuse de l'homme et des animaux», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 93, (1925): 688.

⁵⁵³Gouvernement général de l'AOF, *La circonscription de Dakar et Dépendances*, (Paris: Société d'éditions géographiques, maritimes et coloniales, 1931), 16. D'après la croyance musulmane, un corps tatoué ne peut pas entrer au paradis.

⁵⁵⁴Léon d'Anfreuille de La Salle, «Projet d'organisation de services d'hygiène publique dans nos colonies exotiques», *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 10, (1917): 412-423.

⁵⁵⁵Voir Latour, *Pasteur: guerre et paix des microbes*, 76-83.

mesures préventives et en même temps une réduction du rôle joué par agents de santé publique. Leur réticence était d'autant justifiée qu'au tournant des années 1930, face aux maigres résultats obtenus dans la lutte locale contre la tuberculose avec les désinfections et l'éducation des populations, les autorités présentaient le vaccin comme l'arme la plus effective et la seule qui pouvait être véritablement efficace en milieu indigène⁵⁵⁶. Ils furent ainsi accusés d'avoir participé à renforcer l'opposition au vaccin en diffusant des informations sur les sensibilités post-vaccinales et sur lesquelles les «savants ne s'étaient pas encore prononcés⁵⁵⁷». Il fut donc logique que des Dakarais, à défaut de montrer une opposition manifeste au BCG, aient développé des stratégies d'évitement pour ne pas voir leurs enfants subir la vaccination.

Pour empêcher la venue de l'infirmière chargée de la vaccination, certaines femmes qui venaient d'accoucher donnaient des indications sur l'adresse de leur domicile qui manquaient de précisions, voire fictives⁵⁵⁸. Les déménagements fréquents constituaient un autre obstacle. Les Africains étaient décrits comme changeant volontiers et fréquemment de domicile⁵⁵⁹. Ainsi, si certaines personnes adoptaient les pratiques thérapeutiques occidentales au point de se faire soigner dans les services de santé, il arrivait qu'ils s'opposent à toute action qui ne leur convenait pas telle l'intrusion de l'infirmière dans leurs concessions. Ce qui posait toute la question de la négociation et du tri autour de la prise en charge des pathologies et démontre que les Dakarais ne prenaient pas la médecine occidentale dans son entièreté. La conséquence fut qu'une partie des enfants ne fut jamais atteinte par la vaccination par le BCG mais aussi que les effets de celle-ci sur certains nourrissons qui en bénéficièrent demeurèrent inconnus.

Il faut bien considérer par conséquent que, dans l'entre-deux-guerres, la vaccination antituberculeuse n'atteignit qu'un nombre limité d'individus. En 1924, sur une population totale de 40.000 Dakarais, seuls 138 enfants bénéficièrent du vaccin. En 1931, la vaccination concerna 1.196 enfants (sur une population totale de 53.982 habitants) alors que, en 1936, au moment où la population de la ville atteignait 92.634 individus, seuls 1.735 enfants le reçurent. En dépit de l'attachement des autorités sanitaires et de certains praticiens pour le BCG, celui-ci ne pouvait assurément pas être l'arme définitive contre la tuberculose à Dakar. Cependant, malgré les

⁵⁵⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Hôpital central indigène*, 1933.

⁵⁵⁷Rigollet, «A propos de l'épidémiologie de la peste», 503.

⁵⁵⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série H: Santé et affaires sociales (1920-1959), dossier IH86: tuberculose, *Rapport sur les résultats des vaccinations à Dakar*, 1929.

⁵⁵⁹*Ibid.*, 1929.

différents obstacles rencontrés, suite aux résultats obtenus à Dakar, la vaccination par le BCG fut élargie en Afrique occidentale mais aussi on assista à la création de nouveaux lieux de sa production et de sa distribution. Par une circulaire en date du 1^{er} décembre 1930 fut, en fait, prescrite sa généralisation dans toutes les localités possédant un laboratoire susceptible de fabriquer le BCG ou accessibles dans des délais qui permettaient de maintenir la qualité du vaccin⁵⁶⁰. Dans les petites colonies, fut entrepris aux chefs-lieux l'équipement de laboratoires en vue de la production du BCG⁵⁶¹. Les bases étaient ainsi jetées pour constituer des conditions qui allaient faciliter l'extension de la pratique vaccinale au lendemain de la Deuxième guerre mondiale.

A l'issue de ce chapitre il ressort que les Dakarois entretenaient avec la médecine occidentale une relation complexe qui se traduisait par des choix qui étaient opérés quant aux actions médico-sanitaires à adopter et celles qu'il fallait éviter. Nous pouvons également avancer que dans le contexte de la lutte contre la tuberculose à Dakar, l'un des problèmes majeurs était la non-prise en compte des réalités culturelles africaines par les autorités sanitaires. L'insuffisance des moyens financiers et humains à laquelle l'administration coloniale se heurtait l'empêchait également de créer un cadre propice à une prise en charge efficace de la pathologie. Concernant les différentes stratégies adoptées, il apparaît que, pour les autorités sanitaires françaises, le choix entre vaccination et mesures hygiéniques ne semblait pas véritablement se poser à l'origine. Il ne s'agit pas ici de sous-estimer la place indéniable occupée par la détermination de réformer les habitudes des Africains, de les éduquer ou de profiter du contexte colonial pour asseoir la crédibilité du BCG et de la science française. Mais, nous pensons qu'il y avait une volonté réelle de contrer la diffusion de la maladie avec le moyen le moins coûteux et le plus efficace à court terme. Ainsi, face à l'impossibilité de modeler les populations de Dakar dans le sens voulu et aussi suite à une prise de conscience que tous les malades ne pouvaient être traités du fait de la capacité hospitalière limitée de la ville, les autorités sanitaires décidèrent d'orienter

⁵⁶⁰ Anonyme, «La vaccination au BCG aux colonies», *Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, 32, (1934): 85-86.

⁵⁶¹ *Ibid.*, 85-86.

l'action contre la tuberculose vers ce qu'il désignaient comme la mesure la plus urgente et le plus immédiatement efficace: la vaccination⁵⁶²; avec des conséquences sur le long terme non négligeables.

Mesure simple, technique, verticale, le BCG fut chanté dès 1947 comme la solution idoine, celle qui incarnait le futur de la lutte contre la tuberculose et qui, parmi les moyens de lutte antituberculeuse présentait l'énorme avantage d'être réalisable sur une grande échelle⁵⁶³. Le terrain semblait ainsi balisé pour la seconde phase de l'action contre cette maladie qui vit les produits pharmaceutiques (vaccin et antibiotiques) occuper le devant de la scène. En effet, ces médicaments allaient changer les rapports à la maladie et à sa prévention. La crainte de voir une évolution de la maladie, sa plus grande extension ou distribution, de voir des individus la contracter se dissipa graduellement et les facteurs qui définissaient ou facilitaient l'émergence de la maladie furent progressivement occultés. La dimension sociale de la prise en charge de la tuberculose, à Dakar, allait dans ces conditions complètement disparaître.

⁵⁶²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuels des services de santé de l'AOF, 1947 et 1948.*

⁵⁶³*Ibid.*, Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuels des services de santé de l'AOF, 1948.*

Chapitre 4 –Des conditions nouvelles de la lutte contre la tuberculose à Dakar

Entre 1949 et 1959, la lutte contre la tuberculose à Dakar s'est essentiellement construite autour de l'utilisation de produits pharmaceutiques, préventif comme curatifs cette fois. En 1949, les Pastoriens de l'Institut Pasteur de Dakar ont réussi à produire une version lyophilisée du BCG (congelé et desséché) dont la manipulation était plus simple et la durée de conservation plus longue que le vaccin frais employé depuis 1924. Ces avancées allaient permettre aux autorités administratives de l'AOF de recommander, la même année, l'organisation de campagnes de vaccination dans l'ensemble de la Fédération dont dans les écoles de Dakar (Médina, Champs de Course, Faidherbe). En parallèle, des recherches menées dans différents pays à la veille de la Deuxième guerre mondiale, à partir de 1939, avaient permis d'identifier des substances antibiotiques capables apparemment de guérir la tuberculose. A partir de 1950, des évaluations furent menées sur ces antituberculeux à Dakar et permirent de montrer qu'il était de fait possible de traiter efficacement la maladie mais aussi que l'utilisation de ces médicaments en curatif pouvaient permettre de réduire les coûts de la prise en charge des tuberculeux.

Dans un contexte où les réformes sociales et économiques d'envergure n'étaient pas forcément à l'ordre du jour- la France, en pleine reconstruction peinait à assurer le développement de ses colonies- et où l'isolement des tuberculeux contagieux et l'éducation sanitaire des Dakarais continuaient à avoir du mal à s'imposer, l'antibiothérapie se présentait dès lors comme une véritable manne. Ainsi, s'il était impensable, au moins en théorie, durant l'entre-deux-guerres de concevoir une stratégie antituberculeuse à Dakar sans prendre en considération les facteurs environnementaux et sociaux justificatifs de l'émergence de la maladie, à partir de 1950 l'intervention allait être axée sur l'individu et son corps réceptacle du bacille. Le plan établi continuait certes dans la logique d'une réduction de la diffusion de la maladie mais la perspective biologique et individuelle allait prendre le dessus sur l'approche sociale et sociétale et les services de santé locaux virent leur place dans l'action contre la tuberculose se renforcer.

Personnel et autorités sanitaires coloniales, on va le voir, cherchèrent à différents niveaux à étendre et à imposer l'utilisation de ces produits pharmaceutiques. C'était toutefois sans compter avec les limites budgétaires auxquelles les finances de l'AOF faisaient face ainsi que les acquis politiques du lendemain de la Seconde Guerre qui avaient restructuré la relation de l'état

colonial à ses administrés africains. En effet, à partir de 1946, dans un contexte de remise en cause de la colonisation mais aussi d'une volonté de mieux faire accepter sa domination, la France avait progressivement octroyé des droits politiques et civiques à ces sujets. Et, ces derniers, n'allaient pas hésiter à se servir de ces nouveaux droits et de la possibilité, d'abord, de prendre la parole, pour parfois contrer l'application de certaines mesures sanitaires telle la vaccination par le BCG.

Dans ce chapitre, il sera donc question de montrer comment l'utilisation des médicaments a impacté sur le choix des lieux de la prise en charge de la maladie ainsi que sur les mesures opposées à la tuberculose à Dakar entre 1949 et 1959. Il s'agira d'analyser les différents argumentaires avancés pour justifier les stratégies adoptées mais aussi d'examiner aussi bien les positions des autorités sanitaires que celles des Africains et du personnel de santé sur ces inflexions. Concernant le personnel, dans une perspective d'améliorer l'enseignement offert aux Africains avait été organisé à Dakar, à partir de 1949, un enseignement supérieur assuré en partie par des universitaires rattachés au Ministère de l'éducation nationale française. La soumission moindre de ces nouveaux venus aux autorités officiant dans la Fédération allait participer à ouvrir la porte à une critique des insuffisances de l'action médico-sanitaire à Dakar et, par conséquent, sur la réalité de la complexité de la tuberculose et de sa prise en charge locale. La période d'après-guerre étant aussi marquée par le rôle croissant joué par des acteurs internationaux, au premier plan desquels l'OMS, dans l'élaboration au niveau international de solutions à opposer à la tuberculose ainsi que dans l'exécution de plans de lutte dans différents pays, nous avons cherché à savoir jusqu'où le plan établi par le gouvernement colonial à Dakar a, en cette époque charnière, subi ou non l'influences d'acteurs externes qui s'activaient autour de la maladie infectieuse.

A-En faveur du médicament

A partir de 1951, des rapports établis suite à l'examen minutieux de plusieurs patients de l'Hôpital central indigène devenu Hôpital central africain (HCA)⁵⁶⁴ avaient permis à des médecins servant à Dakar de déclarer que, contrairement à l'opinion souvent émise, la

⁵⁶⁴Grâce à la loi Lamine Gueye de 1946 qui octroyait la citoyenneté, le terme indigène cédait la place à celui d'Africain.

tuberculose était fréquente dans la ville⁵⁶⁵. Dès lors qu'il avait été montré que la tuberculose avait enregistré des progrès à Dakar, certains praticiens et autorités politiques africaines avaient commencé à réclamer la construction de services de santé destinés uniquement à la prise en charge des tuberculeux et même, l'édification d'un hôpital-sanatorium fut à nouveau envisagé. Cette requête semblait se justifier puisque des avancées notoires avaient été enregistrées dans la prévention et le traitement de la tuberculose. Et, à ces acquis, s'était ajoutée l'émergence d'acteurs internationaux qui allaient porter la cause du médicament et en faire le principal argument à opposer à la maladie tuberculeuse à l'échelle mondiale –préfigurant des pratiques en santé mondiale encore d'actualité. S'étaient ainsi réunis différents éléments qui allaient justifier la construction, à Dakar comme dans bien d'autres localités, d'une stratégie antituberculeuse basée essentiellement sur l'utilisation de la vaccination par le BCG et d'une chimiothérapie antituberculeuse.

1. La tuberculose à Dakar: une maladie en progression?

En 1951, la maladie tuberculeuse se trouvait au second rang des causes de décès infantile à l'HCA, immédiatement après la malnutrition alors que, en 1952, elle aurait occupé la première place dans la morbidité et la mortalité dans le service de pédiatrie⁵⁶⁶. Ces données avaient poussé certains praticiens à avancer que la tuberculose, qui semblait jusque-là stationnaire, enregistrerait une extension beaucoup plus importante qui nécessitait enfin, l'application de larges mesures antituberculeuses⁵⁶⁷. Si le recul enregistré de certaines pathologies telles la fièvre jaune ou la variole fut la justification offerte par certaines autorités pour expliquer cette meilleure visibilité de la tuberculose, la réalité était que ce furent essentiellement les mutations consécutives à une meilleure organisation du dépistage, une meilleure formation du personnel local et une plus grande implication du personnel qui avaient servi à mettre la lumière sur les évolutions de la maladie.

⁵⁶⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'hôpital central africain*, 1951.

⁵⁶⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'hôpital central africain*, 1951; Boiron, Sénécal et Couturier, «La vaccination par le BCG en Afrique noire», 55.

⁵⁶⁷A. Pellegrino et A. Cayret, «Le dépistage de la tuberculose dans les milieux scolaires de Dakar (1951-1952)», *Bulletin médical de l'AOF* 9, 2, (1952): 348-349; Henri Boiron, «Sur la vaccination par le BCG en Afrique occidentale française», *Bulletin médical de l'AOF* 6, (1949): 11.

Pour maintenir le contrôle sur l'action médicale dans ses colonies africaines, les autorités sanitaires avaient concentré les tâches essentielles entre les mains des médecins français alors que le nombre de ceux qui aspiraient à servir aux colonies était très limité⁵⁶⁸. La conséquence fut une insuffisance du personnel qui ployait par ailleurs sous le poids d'une charge de travail souvent démesurée. Le service de médecine générale de l'HCA qui disposait de deux cent cinquante lits d'hospitalisation était ainsi entre les mains d'un seul médecin qui en même temps assurait la direction de l'hôpital⁵⁶⁹. Avec les réformes entreprises à partir des années 1940 et la création de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, le personnel allait croître, l'organisation de l'HCA revue mais aussi et surtout, le problème de la tuberculose allait être mis à nu de façon particulièrement saillante.

Pendant la Seconde guerre et durant les années qui suivirent, la colonisation a essuyé des critiques dans ses fondements, aussi bien sur le plan international qu'à l'intérieur des colonies⁵⁷⁰. Pour des raisons stratégiques, idéologiques et politiques, les deux puissances du lendemain de la Première Guerre, les États-Unis et l'Union soviétique, devenues les «super grands» s'opposaient à la colonisation et diffusaient des idées anticoloniales⁵⁷¹. Si l'URSS se faisait relativement discrète en la matière, les États-Unis ne cachaient pas leur désaccord à l'endroit de la colonisation qui, de leur avis, pouvait menacer la paix mondiale⁵⁷². Quant aux groupes communistes colonisés qui avaient très tôt manifesté leur position dans l'entre-deux-guerres, ils continuaient à diffuser leurs idées dans les colonies où certaines élites locales étaient largement ouvertes aux propagandes anticoloniales mais aussi, où des révoltes se multiplièrent durant la guerre⁵⁷³. De plus, au sortir de la guerre, la France, comme les autres états colonisateurs membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU), s'était engagés à assurer l'avancement socio-politique et économie des territoires administrés⁵⁷⁴.

⁵⁶⁸William B. Cohen, «Health and colonialism in French black Africa», dans *Études africaines offertes à Henri Brunschwig*, (Paris: École des hautes études en sciences sociales, 1982), 302.

⁵⁶⁹Sénécal et al., «La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital central africain», dans *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*, (Paris, CIE: Réunions et Conférences, 1952), 201.

⁵⁷⁰Michael Crowder, *West Africa under colonial Rule*, (London: Hutchinson and Co, 1968), 482.

⁵⁷¹M'Bokolo, *Afrique noire histoire et civilisations*, 441.

⁵⁷²Denise Bouche, *Histoire de la colonisation française, Tome 2, flux et reflux (1815-1862)*, (Paris: Fayard, 1991), 382.

⁵⁷³Coquery-Vidrovitch et Moniot, *L'Afrique noire de 1800 à nos jours*, 245; M'Bokolo, *Afrique noire histoire et civilisations*, 444; Frederick Cooper, *L'Afrique depuis 1940*, (Paris: Payot, 2002), 69.

⁵⁷⁴Crowder, *West Africa under colonial rule*, 498-499.

En 1944, à la conférence de Brazzaville, elle annonçait un ensemble de réformes destinées non pas à octroyer l'indépendance à ses colonies mais plutôt à lui permettre de continuer à tirer profit des ressources de son Empire de la façon la plus rationnelle possible⁵⁷⁵. Concernant l'assistance médicale, pour montrer une volonté de mieux prendre en charge la santé des Africains, l'administration française s'y engagea à améliorer la formation des praticiens africains mais aussi à rehausser leur nombre qui devait dès lors passer de sept cents à deux mille cinq cents⁵⁷⁶. Pour atteindre ces objectifs, fut prévue la création d'une École de médecine qui devait être une réplique de l'École de Hanoi qui avait ouvert ses portes en Indochine française dès 1902. L'École devait former un cadre commun de médecins destinés éventuellement à servir dans n'importe quel territoire de l'empire africain⁵⁷⁷. Celle-ci fut instituée par Décret le 11 août 1944⁵⁷⁸.

A partir de cette date, la formation des pharmaciens, sages-femmes et vétérinaires de l'AOF, de l'Afrique équatoriale française (AEF), du Togo et du Cameroun allait s'effectuer à Dakar⁵⁷⁹. La formation du personnel africain étant essentiellement pratique, le stage hospitalier y occupait une place importante. En ce qui concerne les élèves sages-femmes et les élèves médecins chaque matinée de la première année lui était consacrée, les après-midi étant réservées aux cours et travaux pratiques, grossissant par là même les rangs du personnel hospitalier⁵⁸⁰. S'en suivit un besoin d'accroître le personnel enseignant servant à l'HCA. Ce besoin s'accrut en 1950 avec la création de l'Institut des hautes études qui regroupait une École préparatoire de médecine et de pharmacie, une École de droit, une École de sciences et une École de lettres⁵⁸¹.

⁵⁷⁵Majhemout Diop et al., «L'Afrique tropicale et l'Afrique équatoriale sous la domination française, espagnole et portugaise», dans *Histoire générale de l'Afrique*, Tome VIII, *L'Afrique depuis 1935*, Ali Al'amin Mazrui, dir. (Paris: Unesco, 1998), 92; Voir aussi, Jean Suret-Canale et Albert Adu Boahen, «L'Afrique occidentale», dans *Histoire générale de l'Afrique*, Tome VIII, *L'Afrique depuis 1935*, Ali Al'amin Mazrui, dir. (Paris: Unesco, 1998), 196; M'Bokolo, *Afrique noire histoire et civilisations*, 443; Hubert Deschamps, *L'Union française*, (Paris: Berger-Levrault, 1952), 42.

⁵⁷⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série Q, Affaires économiques, dossier Q310, Conseil de gouvernement, documentation diverse 1933-1945, «Recommandations diverses adoptées par la Conférence Africaine Française, Brazzaville, 28 Janvier-8 Février 1944», 1944, 15.

⁵⁷⁷*Ibid.*, 1944, 15.

⁵⁷⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), Série H: santé, 1916-1959, dossier 1H 98, École africaine de médecine et de pharmacie, «Décret organisant le cadre des médecins, sages-femmes, et pharmaciens africains», 1944.

⁵⁷⁹*Ibid.*, 1944.

⁵⁸⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé, dossier 1H 98, «École africaine de médecine et de pharmacie, «École africaine de médecine et de pharmacie de Dakar: de sa formation à l'année 1947», 1947, 19.

⁵⁸¹Maurice Payet, «Historique de l'organisation de la médecine en Afrique noire d'expression française», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 19-20, (1960): 406; Denise Bouche, «La France et la préparation de ses

Ces innovations résultaient du fait qu'au lendemain du second conflit mondial, il était devenu difficile, voire impossible de maintenir une distinction entre les systèmes scolaires de la France et des colonies. Ces dernières avaient en réalité des programmes et des diplômes qui leur étaient spécifiques⁵⁸². Cependant, en 1946, la Constitution du 27 octobre qui fondait la Quatrième République avait institué l'Union française. Cette dernière comprenait d'une part la République française formée par la France métropolitaine, les Départements d'outre-mer (vieilles colonies et Algérie) et les Territoires d'outre-mer (autres colonies) et, d'autre part, les États associés (protectorats) et les Territoires associés (pays sous tutelle)⁵⁸³. Le terme de colonie fut supprimé en janvier 1946 et remplacé par celui de Territoires d'Outre-Mer (TOM). Le 7 mai 1946, la loi Lamine Gueye accordait la citoyenneté aux anciens sujets⁵⁸⁴. La Charte de l'Union française ayant proclamé l'égal accès de tous les citoyens de l'Union à toutes les fonctions, à la condition que les postulants possèdent les capacités requises, les Africains réclamèrent dès les premières années qui suivirent la guerre l'alignement de l'enseignement qui leur était donné sur le modèle français⁵⁸⁵. Pour eux, c'était là le seul moyen de garantir la qualité et la valeur de leurs diplômes⁵⁸⁶.

Face à la surenchère des revendications des députés africains dont le nombre avait augmenté, certains hauts fonctionnaires du Ministère de l'éducation reconnurent qu'il fallait adapter dans les territoires dominés le système scolaire au nouveau contexte politique⁵⁸⁷. L'arrivée en 1946 aux commandes du Ministère de la France d'outre-mer et de l'Afrique occidentale française de socialistes aux visions assimilationnistes, à savoir Marius Moutet et René Barthes, allait faciliter les réformes. Le 6 décembre 1946, Barthes adressait au Ministre Moutet une lettre dans laquelle il annonçait sa volonté d'organiser en AOF l'enseignement sur les

ressortissants d'outre-mer à la prise de responsabilités par l'accès aux études universitaires», dans *L'ère des décolonisations. Actes du colloque d'Aix-en-Provence*, Charles-Robert Ageron et Marc Michel, dir., (Paris: Karthala, 1995), 463.

⁵⁸²Voir sur la question Denise Bouche, *L'enseignement dans les territoires français de l'Afrique occidentale de 1817 à 1920. Mission civilisatrice ou formation d'une élite?*, (Lille: Atelier de reproduction des thèses, 1975).

⁵⁸³Deschamps, *L'Union française*, 44. Voir sur la question Ruth Schachter-Morgenthau, *Political parties in French-speaking West Africa*, (Oxford: The Clarendon Press, 1964) et Edward Mortimer, *France and the Africans, 1944-60: A political history*, (London: Faber & Faber, 1969).

⁵⁸⁴Michael Crowder, *West Africa under colonial*, 500-501; Bouche, *Histoire de la colonisation française*, 382; Vidrovitch et Moniot, *L'Afrique noire de 1800 à nos jours*, 128.

⁵⁸⁵Ray Autra, «Historique de l'enseignement en AOF», *Présence africaine*, 6, (1956), 77; Harry Gamble, «La crise de l'enseignement en Afrique occidentale française (1944-1950)», *Histoire de l'éducation*, 128, (2010): 149.

⁵⁸⁶Gamble, «La crise de l'enseignement», 149.

⁵⁸⁷*Ibid.*, 144.

mêmes bases qu'en France⁵⁸⁸. Dès l'année scolaire 1948-1949, les premiers cours d'enseignement supérieur en physique, chimie et biologie qui ouvraient l'accès aux études conduisant au doctorat en médecine étaient dispensés⁵⁸⁹. En novembre 1949 commençait à fonctionner l'Institut des hautes études de Dakar (IHED) dont l'existence officielle résultait d'un décret promulgué le 15 avril 1950⁵⁹⁰. Placé sous la tutelle des universités de Paris et de Bordeaux, il était composé de quatre écoles: L'école supérieure de droit, l'école supérieure des sciences, l'école supérieure des lettres et l'école préparatoire de médecine et de pharmacie⁵⁹¹. Jusqu'en 1958, cette dernière ne dispensait que les trois premières années de la formation médicale⁵⁹². Des professeurs d'universités françaises venaient pendant quelques semaines dispenser des cours alors que le reste de l'enseignement, la majorité en fait et les travaux pratiques, était assuré par des docteurs en médecine consacrés maîtres de conférence ou professeurs de faculté⁵⁹³. En 1950, trois professeurs agrégés de médecine enseignaient ainsi à l'École de médecine et de pharmacie de Dakar⁵⁹⁴. L'implication de ces agrégés dans la gestion de l'HCA allait permettre la mise en œuvre de certaines réformes qui allait faciliter la mise en évidence de l'incidence de la tuberculose sur la population dakaroise⁵⁹⁵.

En 1951, à l'hôpital central, les professeurs agrégés Bergeret, Raoult et Payet s'étaient relayés comme chefs de services des divisions pour les hommes et les femmes alors qu'à partir de 1952, le professeur Jean Sénecal, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, prenait la direction du service de pédiatrie⁵⁹⁶. Étant rattachés au Ministère de l'éducation français, ces universitaires présentés par le Directeur général de la santé de l'AOF Louis Sanner comme «moins soumis aux règles hiérarchiques⁵⁹⁷», n'avaient pas hésité à critiquer l'organisation des services de santé tels qu'ils les trouvèrent et cherchèrent à mener des réformes pour un meilleur

⁵⁸⁸Lettre reproduite par Jean Capelle dans son ouvrage *L'éducation en Afrique noire à la veille des Indépendances*, (Paris: Karthala –ACCT, 1990), 40.

⁵⁸⁹Capelle, *L'éducation en Afrique noire*, 85.

⁵⁹⁰Pierre Singaravélou, «L'enseignement supérieur colonial. Un état des lieux», *Histoire de l'éducation*, 122, (2009): 84.

⁵⁹¹Jean Chabas, «L'Institut des Hautes Études de Dakar», *Civilisations* 4, 2, (1954): 263.

⁵⁹²Capelle, *L'éducation en Afrique noire*, 94.

⁵⁹³*Ibid.*, 196; Chabas, «L'Institut des Hautes Études de Dakar», 263.

⁵⁹⁴Capelle, *L'éducation en Afrique noire*, 197.

⁵⁹⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'hôpital central africain*, 1951; Payet, «Historique de l'organisation de la médecine», 406.

⁵⁹⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'hôpital central africain*, 1951.

⁵⁹⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds l'AOF, Série H: santé, 1916-1959, dossier 1H62, Gestion administrative et financière des établissements médicaux, Note confidentiel du Général Sanner, Directeur Général de la santé publique au Haut-commissaire de la République, Gouverneur Général de l'AOF, 1953.

fonctionnement de l'œuvre médicale. Des heurts furent même notés entre ce personnel enseignant et celui militaire qui jusque-là avait le monopole de l'administration des services médicaux⁵⁹⁸. Il faut dire que certains parmi eux avaient mentionnés dans leur rapport de 1951 sur le fonctionnement de l'HCA: la pauvreté et la malpropreté des différents services, la mauvaise tenue des archives et des registres qui ne permettaient pas de disposer de statistiques fiables ou encore, l'insuffisance des moyens des laboratoires de microbiologie et de microscopie⁵⁹⁹. Ces carences, de leur avis, retardaient les traitements et leur contrôle mais aussi empêchaient toute recherche sérieuse sur la tuberculose comme sur d'autres maladies prévalentes⁶⁰⁰. En 1952, le Professeur Jean Sénécal, dans une lettre adressée au Recteur de l'Académie de l'AOF, dénonçait les services hospitaliers débordés, des consultations inexistantes, le nombre insuffisant des médecins et de l'équipement hospitalier⁶⁰¹. La parole, sans concession, de ces universitaires allait dans une certaine mesure permettre de rectifier certaines carences.

Au début des années 1950, les étudiants qui venaient faire leur stage à l'hôpital furent désormais chargés de tenir à jour les observations cliniques faites sur les malades et, pour parer à l'insuffisance des locaux, une consultation externe et des soins externes furent organisés pour les malades graves pour lesquels on ne disposait pas de lit ou qui sortaient de l'hôpital avant leur guérison; des autopsies furent aussi pratiquées sur tous les cadavres. Dans la perspective d'améliorer la formation du praticien local en 1951, fut instituée pour les anciens médecins africains venant en stage de perfectionnement comme pour les élèves-médecins, une formation radio-clinique qui allait servir à une meilleure identification de la tuberculose⁶⁰². Dans la ville même, les médecins des dispensaires autres que l'IHS furent aussi mis à contribution et en particulier initiés à l'utilisation de la tuberculine diagnostique. Toutes ces mesures permirent d'étendre les lieux où se pratiquaient l'identification des malades et les outils pour un diagnostic optimal. Concernant l'organisation de l'HCA, le service de médecine générale avait été divisé en

⁵⁹⁸Payet, «Historique de l'organisation de la médecine», 406.

⁵⁹⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'hôpital central africain*, 1951.

⁶⁰⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'hôpital central africain*, 1951.

⁶⁰¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé, dossier IH62, Gestion administrative et financière des établissements médicaux, Institut d'hygiène sociale, Création, construction, 1948-1957, «Note du Professeur Sénécal du service de pédiatrie au Recteur d'Académie de l'AOF», 1952.

⁶⁰²Jean Sénécal et al., «La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital central africain», dans *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*, (Paris: CIE, 1952), 200.

plusieurs services⁶⁰³ et maintenant doté de six médecins pour assurer son fonctionnement⁶⁰⁴. Grâce à ce partage, le responsable du service de pédiatrie se retrouvait avec juste quarante et un lits à superviser, ce qui put, là encore, faciliter une meilleure identification des enfants tuberculeux⁶⁰⁵.

Les changements ainsi opérés permirent un meilleur dépistage de la tuberculose en général. Pour avoir identifié accidentellement de nombreux cas dans le service de médecine générale, donc en dehors du service de phthisiologie, le Professeur Raoult montrait toute sa surprise et avançait que contrairement à l'opinion émise, la tuberculose tenait une place très importante dans le nombre des hospitalisations, leur durée et le nombre de décès de l'hôpital⁶⁰⁶. Des initiatives furent ainsi prises pour multiplier les examens effectués sur les patients, suspects ou non. Dès juillet 1951, à l'HCA, une détection plus minutieuse de la maladie fut organisée. La pratique systématique de la cuti-réaction tuberculique était même instituée dans tous les services de l'hôpital et les radiographies de face et de profil multipliées chez les patients reçus⁶⁰⁷. Dès lors, la progression des cas enregistrés à l'HCA était inévitable (178 cas en 1951 contre 113 en 1950) et on enregistrait des taux de mortalité dus à la maladie de 12,3% en 1951 puis de 14,4% en 1952⁶⁰⁸. Face à cette situation, des médecins réclamèrent l'application de mesures urgentes à savoir la prévention par la vaccination antituberculeuse et le traitement des personnes infectées⁶⁰⁹. Vu les avancées faites dans les connaissances sur les traitements antituberculeux et sur les modalités d'administration du BCG par les pastoriens à Dakar, pareilles requêtes semblaient désormais pouvoir se justifier.

⁶⁰³On retrouvait deux divisions pour les hommes, une division pour les femmes, un service pour les détenus et une section pédiatrique.

⁶⁰⁴Sénécal et al., «La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital central africain», 200.

⁶⁰⁵*Ibid.*, 203.

⁶⁰⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'hôpital central africain*, 1951.

⁶⁰⁷*Ibid.*, 1951.

⁶⁰⁸Sénécal et al. «La tuberculose chez l'enfant africain», 208.

⁶⁰⁹J. Caussin, «Études du test tuberculique dans les collectivités scolaires d'AOF », 130; Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, *Note au sujet du traitement chimiothérapique prolongé de l'adulte dans les centres insuffisamment équipés de l'AOF*, 1955, 1.

2-Enfin des antituberculeux

Si dès la découverte du bacille de Koch, au début des années 1880, des travaux avaient été menés pour mettre au point un traitement spécifique à la tuberculose, ce ne fut que dans la seconde moitié du 20^e siècle que le «miracle» se produisit⁶¹⁰. En 1932, ayant constaté dans son laboratoire que certaines souches de bacille de Koch ne se développaient pas dans un sol non stérile; Selman Abraham Waksman (juillet 1888-août 1973) était alors arrivé à la conclusion que certains champignons inhibaient le développement du bacille tuberculeux⁶¹¹. Ce constat n'était pas complètement nouveau. Trois ans après la découverte du bacille tuberculeux en 1885, et encore dans les années 1910, des travaux avaient démontré que des microbes et des champignons saprophytes⁶¹² avaient la propriété de détruire le bacille dans des tubes à essai comme dans l'organisme⁶¹³. Toutefois, aucune investigation ne fut faite pour en déduire un composé pouvant traiter la tuberculose. Ce ne fut qu'en 1943 que fut découverte la streptomycine par une équipe de recherche dirigée par Waksman justement, alors professeur de microbiologie à l'Université Rutgers aux Etats-Unis.

L'équipe s'intéressait aux propriétés antibactériennes de différents organismes du sol qui avaient la capacité d'inhiber le développement de certaines bactéries et surtout, celles responsables de pathologies infectieuses chez l'homme et les animaux⁶¹⁴. De ces microbes, cultivés en laboratoire, ils isolèrent les substances actives qu'ils nommèrent «antibiotiques». Entre 1939 et 1942, plusieurs souches furent testées sur différentes bactéries, surtout celles peu sensibles à la pénicilline⁶¹⁵. Des substances antibiotiques telles que l'actinomycine et la streptothricine furent d'abord identifiées. Mais du fait de leur haute toxicité, elles ne furent pas retenues comme des outils thérapeutiques potentiels⁶¹⁶. Ce ne fut qu'un an plus tard que furent découvertes deux cultures de *Streptomyces griseus* qui sécrétaient ce qui fut appelé la

⁶¹⁰Maurice A. Petit, «La tuberculose et les tuberculeux avant et après les premiers antibiotiques», dans *Peurs et terreurs face à la contagion*, 253; Selman A. Waksman, *The conquest of tuberculosis*, (Berkeley: University of California Press, 1965), 109-110.

⁶¹¹Waksman, *The conquest of tuberculosis*, 103-104.

⁶¹²Organismes qui vivent de matière organique non vivante.

⁶¹³Petit, «La tuberculose et les tuberculeux», 253; Waksman, *The conquest of tuberculosis*, 109-110.

⁶¹⁴Stuart B. Levy, *Le paradoxe des antibiotiques*, (Paris: Belin, 1999), 52.

⁶¹⁵Waksman, *The conquest of tuberculosis*, 113; Jean-Paul Gaudillière, «Antibiotiques», dans Dominique Lecourt dir., *Dictionnaire de la pensée médicale*, (Paris: PUF, 2004).

⁶¹⁶Fred Reinfeld, *Miracle drugs and the new age of medicine*, (New York: Sterling, 1966), 60.

streptomycine⁶¹⁷. Cette découverte fut considérée comme un miracle puisqu'elle se révéla efficace contre différentes bactéries dont *Mycobacterium tuberculosis*, l'agent pathogène responsable de la tuberculose⁶¹⁸.

Non seulement la streptomycine inhibait le développement du bacille de Koch mais aussi elle entraînait des guérisons après infection. Il apparut néanmoins très vite que l'administration des doses nécessaires au traitement entraînait des effets secondaires tels, entre autres, des dommages sur les reins et une surdité temporaire⁶¹⁹. De plus les bactéries devenaient résistantes au traitement. Des travaux furent par conséquent menés pour réduire la toxicité de la substance et solutionner le problème des mutations. Une combinaison avec d'autres antibiotiques tels l'acide para-aminosalicylique (PAS) et l'isoniazide (INH) fut ainsi retenue pour éviter les résistances et pouvoir réduire les doses⁶²⁰. En offrant sur le plan individuel des possibilités de guérison et, par la destruction des bacilles tuberculeux une réduction des risques de contagion, ces médicaments présentaient une aubaine pour la protection collective contre la tuberculose à l'échelle locale, nationale, comme internationale.

3. *Quel rôle pour l'OMS?*

Durant les années qui suivirent la Deuxième Guerre, l'histoire de la tuberculose fut marquée par l'internationalisation de sa prise en charge. Cette internationalisation résultait des progrès enregistrés par la maladie à l'échelle mondiale et consécutifs à la détérioration des conditions de vie durant le conflit mondial ainsi qu'à une prise de conscience que la maladie défiait les frontières. D'après une résolution présentée par l'Union internationale contre la tuberculose (UICT)⁶²¹ en 1946 à la 3^e session de la Commission intérimaire de l'OMS, la tuberculose aurait considérablement augmenté dans certaines régions au point où était devenue nécessaire la création d'une Division de la tuberculose avec un personnel d'experts compétents auprès de la jeune Organisation⁶²². L'OMS se dota en avril 1947 d'un Comité d'experts de la tuberculose⁶²³.

⁶¹⁷Gaudillière, «Antibiotiques».

⁶¹⁸Waksman, *The conquest of tuberculosis*, 119.

⁶¹⁹Levy, *Le paradoxe des antibiotiques*, 53.

⁶²⁰Reinfeld, *Miracle drugs and the new age of medicine*, 65.

⁶²¹Créée en 1920, cette organisation internationale s'était engagée à soutenir les plans de lutttes contre la tuberculose dans différents pays occidentaux.

⁶²²Organisation des Nations Unies (ONU), *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°5, Résumé des débats de la troisième session de la Commission intérimaire*, (Genève: OMS, 1947), 45.

Dès lors, l'organisation de l'action contre cette dernière ne se concevait plus uniquement à l'intérieur des territoires nationaux ou coloniaux: le comité était d'ailleurs officiellement chargé d'élaborer un programme destiné à permettre le contrôle de la maladie infectieuse au niveau international.

L'extension de la lutte contre la tuberculose fut toutefois rendue possible par le fait que la période qui suit le second conflit mondial fut marquée par la résolution des vainqueurs de créer un nouvel ordre mondial marqué par la paix et la prospérité⁶²⁴. Le contrôle des maladies était considéré comme l'une des avenues menant au développement surtout dans les pays sous-développés dont dépendaient les économies des pays riches⁶²⁵. Cette foi en la possibilité de lutter efficacement et à moindre coût, contre les principales causes de mortalité avait déjà été largement développée par les États-Unis dès les premières décennies du 20^e siècle et s'était intensifiée au cours du second conflit mondial.

Dans la seconde moitié des années 1920, des dirigeants de la Division internationale de la santé de la Fondation Rockefeller, créée en 1913, et qui s'était engagée principalement en faveur de la lutte pour le contrôle et l'éradication de l'ankylostomiase, de la fièvre jaune et le paludisme en Amérique du sud et en Amérique Latine, en Asie, en Afrique et en Europe, étaient convaincus qu'il était possible de contrôler ces maladies sans une intervention sur les conditions de vie des populations ou une amélioration des services de santé publique. Certes, durant les premières entreprises de la Division contre l'ankylostomiase, à partir de 1913, était développée l'idée que la lutte contre cette pathologie devait reposer sur l'amélioration des services de santé publique, celle de l'hygiène des régions affectées ou l'éducation des populations pour leur apprendre des notions nécessaires à la prévention d'autres maladies aussi⁶²⁶. Toutefois, face à l'insuffisance des moyens financiers dont allaient disposer les responsables des différentes campagnes d'éradication de ces maladies, l'investissement en temps requis pour améliorer les services sanitaires ou encore les difficultés d'imposer des mesures sanitaires aux populations, entre autres, la Division allait axer

⁶²³OMS, *Report of the expert committee on tuberculosis*, (Genève: OMS, 1948), 205.

⁶²⁴Amy L.S. Staples, *The birth of development. How the World Bank, Food and agricultural organization and World Health organization changed the world, 1945-1965*, (Kent: Kent State University Press, 2006), 123.

⁶²⁵OMS, «Report of the expert committee on tuberculosis», *Bulletin of the WHO* 1, 2, (1948): 206; Randall M. Packard, «Post-colonial medicine» dans *Medicine in the Twentieth century*, Roger Cooter et John Pickstone, eds. (Amsterdam: Harwood Academic, 2000), 100.

⁶²⁶Farley, *To cast out disease*, 5.

sa stratégie contre ces maladies sur l'élimination des microbes responsables ou le contrôle et l'éradication de leurs vecteurs⁶²⁷.

Les différentes campagnes d'éradication de maladies de la Division reposaient sur l'administration de médicaments aux personnes infectées (vermifuges pour l'ankylostomiase et quinine pour le paludisme) et sur la désinfection des zones de reproduction des vecteurs des organismes responsables de ces maladies⁶²⁸. Si le contrôle de l'ankylostomiase fut un échec, les mesures ainsi appliquées avaient servi à réduire considérablement les moustiques vecteurs du paludisme et de la fièvre jaune dans certaines colonies britanniques, dans les Amériques et en Italie⁶²⁹. Pour exemple, ayant entrepris entre 1916 et 1925, au Mexique et en Amérique du sud (Équateur, Pérou, Brésil...), des campagnes d'éradication de la fièvre jaune qui reposaient sur la destruction du moustique *Aedes aegypti*, vecteur de la maladie⁶³⁰, la Division avait réussi à éliminer ce dernier de la plupart des villes de la côte ouest américaine⁶³¹. Également suite à l'utilisation du Vert de Paris⁶³², au cours d'une campagne d'éradication du paludisme qu'elle a mené en Italie, elle reportait avoir enregistré en moins de deux ans une réduction considérable du paludisme⁶³³. Durant la seconde guerre, la Division avait aussi réussi, grâce à la vaccination, à la distribution de médicaments (Mépacrine, Atabrine), de moustiquaires et à l'utilisation d'insecticides (tels le Dichlorodiphényltrichloroéthane ou DDT et le Vert de Paris), à mettre à l'abri des ravages de la typhoïde et du paludisme les troupes des Forces Alliées⁶³⁴. Dès lors, les Américains avaient eu la certitude de pouvoir contrôler les pathologies qui affectaient la population mondiale en se concentrant sur les germes et les vecteurs responsables.

Les premiers discours de l'OMS ne donnaient cependant pas une place exclusive à l'utilisation de techniques biomédicales. La présence proéminente de partisans de la médecine sociale parmi les architectes de l'organisation permit de justifier les liens établis entre progrès

⁶²⁷Randall M. Packard, *A history of global health. Interventions into the lives of other peoples*, (Baltimore: John Hopkins University Press, 2016), 34-37.

⁶²⁸Farley, *To cast out disease*, 59-154.

⁶²⁹Packard, *A history of global health*, 33-42.

⁶³⁰Ce fut par la fumigation des maisons où vivaient les personnes infectées ou en couvrant d'huile les sites de reproduction du moustique vecteur du virus de la fièvre jaune que fut obtenue une élimination de

⁶³¹Packard, *A history of global health*, 39-41; Farley, *To cast out disease*, 88.

⁶³²Le Vert de Paris est un insecticide découvert en 1921 qui tue l'anophèle, moustique vecteur du paludisme.

⁶³³Farley, *To cast out disease*, 118-122.

⁶³⁴*Ibid.*, 129-135; Packard, *The making of a tropical disease*, 138-141.

socio-économiques et gestion des maladies⁶³⁵. Le Comité technique chargé de créer la constitution pour l'OMS était de fait composé d'individus tels Andrija Stampar, René Sand et Karl Evang, connus pour être d'ardents défenseurs d'un relèvement des niveaux de santé par l'amélioration des conditions socio-économiques des populations⁶³⁶. Mais plusieurs raisons allaient se conjuguer pour entraîner un renoncement aux interventions économiques et sociales dans ses programmes de gestion des maladies à l'échelle mondiale. Tout d'abord le contexte d'après-guerre, marqué par la Guerre froide en Europe ou encore les révolutions anticoloniales, se prêtait mal à la mise sur pied de tels programmes de développement⁶³⁷. Aussi, la longue durée nécessaire pour asseoir un développement économique et en tirer profit alors que certaines maladies comme la tuberculose enregistraient des progrès notoires fut un autre handicap: on estimait qu'il fallait agir vite et bien.

Pour toutes ces raisons, l'OMS dut bel et bien recourir en priorité à des solutions techniques pour contenir la tuberculose. Du fait des proportions épidémiques que prenait cette dernière dans certains pays, elle allait même proposer l'adoption de mesures d'urgence ciblées, et a priori peu coûteuses⁶³⁸. Ainsi, allait-elle rapidement plébisciter l'exécution de programmes intensifs de vaccination par le BCG⁶³⁹. Elle allait en parallèle s'engager à envoyer dans un certain nombre de pays et de colonies des équipes chargées de guider ou d'assister le personnel de santé local dans l'utilisation extensive de la vaccination qu'elle classait parmi les «méthodes modernes» de lutte antituberculeuse⁶⁴⁰. À travers le *Bulletin de l'OMS*, elle servit aussi de tribune pour donner plus de visibilité aux méthodes de dépistage de la tuberculose employées à l'époque. Elle fut de ce fait taxée d'avoir personnellement et largement œuvré en faveur du délaissement des mesures sanitaires et sociales. Ajoutons que pour mener à bien la lutte contre la tuberculose au lendemain de la guerre, les autorités sanitaires dakaroises prirent aussi l'initiative d'envoyer à l'occasion des médecins de la ville auprès de l'OMS pour s'inspirer des expériences des experts internationaux en la matière.

⁶³⁵Sunil Amrith, «Development and disease: Public health and the United nations, c. 1945-1955», dans *Worlds of political economy: Knowledge and power in the Nineteenth and Twentieth centuries*, Martin Daunton et Frank Trentman, eds. (New York: Palgrave Macmillan, 2004), 218.

⁶³⁶Packard, *A history of global health*, 92; Sunil Amrith, *Decolonizing public health: India and Southeast Asia, 1930-65*, (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006), 26.

⁶³⁷Amrith, «Development and disease», 226.

⁶³⁸OMS, *Report of the expert committee on tuberculosis*, 1948, 211.

⁶³⁹*Ibid.*, 211.

⁶⁴⁰OMS, *Action internationale contre la tuberculose*, (Genève: OMS, 1965), 8.

Il n'est plus à démontrer que l'impact des activités de l'OMS sur l'administration sanitaire des colonies fut moins important que ce que l'Organisation souhaitait car, au sortir du conflit, les autorités coloniales aussi bien françaises que britanniques travaillaient pour garder le contrôle de leurs possessions⁶⁴¹. La France qui comptait à nouveau sur ses colonies pour retrouver son équilibre politique et d'abord économique, n'envisageait nullement de leur octroyer l'indépendance⁶⁴². Et, du fait de l'absence d'une volonté réelle des Nations Unies de remettre en question l'ordre colonial, les états colonisateurs continuèrent à maintenir leur souveraineté dans leurs colonies⁶⁴³. En effet, si l'ONU avait avancé dans l'article premier du premier chapitre de sa Charte qu'elle allait développer entre les nations des relations amicales fondées sur le respect du principe de l'égalité de droits des peuples et de leur droit à disposer d'eux-mêmes, il ne fut nullement question pour elle d'exiger l'indépendance immédiate des territoires jusque-là colonisés⁶⁴⁴. Les seules obligations auxquelles les colonisateurs furent soumis furent de développer la capacité des populations dominées à s'administrer, de tenir compte de leurs aspirations politiques et de les accompagner dans le développement progressif de leurs libres institutions politiques⁶⁴⁵. Au-delà de ces suggestions, les nations membres détentrices de colonies présentaient les questions coloniales comme relevant de leur politique intérieure ce qui impliquait que pouvait être interprétée comme une ingérence toute intervention des Nations Unies dans leurs affaires internes, dont médico-sanitaires⁶⁴⁶.

Ces dispositions permettaient aux autorités françaises de choisir les questions sur lesquelles elles pouvaient solliciter l'organisation et celles sur lesquelles elles préféraient se passer de toute assistance. Par conséquent, tout en cherchant à exposer aux yeux du monde une volonté réelle de coopérer et d'échanger sur les questions de santé des populations qu'elle administrait encore, la France n'hésita parfois pas à montrer qu'elle était capable de mener seule des opérations faites ailleurs avec le soutien des organismes internationaux. Ainsi, si lors des

⁶⁴¹Randall M. Packard, «Vision of Post-War health and development and their impact on public health interventions in the developing world», dans *International development and the social sciences: essays on the history and politics of knowledge*, Frederick Cooper et Randall Packard éd. (California: California University Press, 1998), 103.

⁶⁴²M'Bokolo, *Afrique noire histoire et civilisations*, 455; Frederick Cooper «The Senegalese General Strike of 1946 and the Labor Question in Post-War French Africa», *Revue Canadienne des Études Africaines* 24, 2, (1990): 166; Bouche, *Histoire de la colonisation française*, p.379.

⁶⁴³Packard, «Vision of Post-War health and development», 103. Didier Fassin, «L'internationalisation de la santé: entre culturalisme et universalisme », *Esprit* 229, (1997), 93.

⁶⁴⁴ONU, *La Charte des Nations Unies, Chapitres I*. <https://www.un.org/fr/charter-united-nations/>.

⁶⁴⁵ONU, *La Charte des Nations Unies, Chapitres I*. <https://www.un.org/fr/charter-united-nations/>.

⁶⁴⁶Bouche, *Histoire de la colonisation française*, 382.

premières vaccinations de masse par le BCG en Afrique française, l'administration coloniale avait permis à l'UNICEF de diriger les opérations en Afrique du Nord, pour ce qui concernait l'AOF, elle s'opposa à toute implication de l'OMS dans l'organisation de l'extension de la vaccination par le BCG⁶⁴⁷. Malgré les arguments avancés par l'OMS pour soutenir la pertinence d'un leadership international dans l'élaboration de méthodes de diagnostic fiables et simples, elle n'avait pas non plus hésité à rejeter toute aide internationale concernant l'évaluation de l'incidence de la tuberculose à l'échelle de la Fédération⁶⁴⁸.

Ceci étant, les autorités françaises cherchèrent en même temps à bénéficier de l'expérience de l'organisation internationale qui, grâce aux visites menées par son comité d'experts de la tuberculose dans différents territoires, aux informations échangées à travers les rencontres organisées ou encore que son *Bulletin* avait pu amasser, bénéficiait de connaissances indéniables et relativement à jour sur la tuberculose. Ses recommandations relatives aux modes d'emploi de la tuberculine furent ainsi suivies à la lettre lorsqu'il fut question de mener enquête dans les écoles dakaroises en 1949-50⁶⁴⁹. La France envoyait aussi à l'occasion des représentants des territoires d'outre-mer, mandatés par elle, aux réunions et aux rassemblements organisés par l'OMS. Des phtisiologues en service dans la capitale fédérale furent ainsi envoyés faire des stages auprès des spécialistes de l'OMS afin de s'informer des méthodes et les possibilités offertes par cette dernière⁶⁵⁰. Les cours de phtisiologie que l'Organisation animait étaient également un lieu privilégié pour les phtisiologues dakarois pour recueillir des informations et des observations sur les méthodes thérapeutiques employées dans d'autres régions tropicales et pays en développement⁶⁵¹. S'il est difficile de se pencher précisément sur l'étendue du rôle de l'OMS dans l'organisation de la lutte contre la tuberculose à Dakar au lendemain du second mondial, rôle par ailleurs très indirect on l'aura compris, il est évident que les travaux de

⁶⁴⁷P. Combe et P. Babeau, «La vaccination par le BCG en Afrique du Nord», *Journées africaines de pédiatrie*, Dakar, (Paris: IPS-CIE, 1960), 31; Suisse, Genève, Archives de l'OMS, Dossiers centralisés: sous-fonds 1 et 2, ARCO10-2, *Report on visit to West and Central African territories (October-December 1953)*, 17.

⁶⁴⁸Suisse, Genève, Archives de l'OMS, Dossiers centralisés: sous-fonds 1 et 2, ARCO10-2, *Report on visit to West and Central African territories (October-December 1953)*, 17.

⁶⁴⁹ONU, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°5, 10-11; Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: Santé et affaires sociales, dossier 1H86, Tuberculose, «Instructions sur la pratique de la cuti-réaction à la tuberculine en Afrique occidentale», 1951.

⁶⁵⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: Santé et affaires sociales, dossier 1H86, Tuberculose, Le Ministre de la France d'Outre-Mer à Monsieur le Haut-Commissaire de la République, le 10 septembre 1958.

⁶⁵¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: Santé et affaires sociales, dossier 1H86, Tuberculose, dossier 1H86, *Tuberculose*, Le médecin Commandant Heckenroth, médecin- chef du Centre de phtisiologie au Directeur général de la santé publique, 8juillet, 1955.

recherches menés dans la ville sur le vaccin BCG et les antituberculeux, ont eux largement participé à légitimer l'utilisation des médicaments pour contenir l'extension de l'infection tuberculeuse.

4-Des efforts locaux propices au recours au médicament

Dès le début des années 1940, il ne s'agissait plus pour l'Institut Pasteur de prouver uniquement l'innocuité et les avantages du vaccin BCG. Il était également question de trouver un moyen d'administration simple et facile à appliquer par un personnel peu qualifié en milieu tropical. L'Institut ayant mené à partir de 1938 des essais de prémunition anti-amarile par scarification sur l'homme avec des résultats jugés concluants⁶⁵², avait été envisagé l'application du même procédé à la vaccination par le BCG⁶⁵³. D'après les experts, cette méthode allait être mieux acceptée par les populations africaines qui auraient en particulier eu des réserves par rapport aux injections sous-cutanées⁶⁵⁴. Ce procédé était aussi décrit comme très simple, réclamant un minimum de moyens et pouvant être exécuté en un minimum de temps⁶⁵⁵. De plus les médecins étaient familiers avec son emploi et, selon les Pastoriens, la vaccination antituberculeuse par scarification présenterait également un avantage sur l'administration par voie orale du BCG car rendant l'apparition de l'allergie chez les vaccinés, plus constante⁶⁵⁶. L'Institut chercha alors à administrer le BCG par cette méthode⁶⁵⁷.

Des essais furent entamés à partir de 1940 sur 181 militaires du Centre aéronautique et de la Marine nationale⁶⁵⁸. Étaient déposées sur la face externe du bras trois gouttes de vaccin au travers desquelles étaient pratiquées des scarifications parallèles d'environ un centimètre⁶⁵⁹. Un contrôle effectué un mois et demi après la vaccination permit de montrer que sur 148 individus

⁶⁵²Pelletier, «Vaccin et vaccination anti-amarile. Pratique de la méthode dakaroise en Afrique occidentale française», *Bulletin médical de l'AOF* 3, (1946): 194; Pelletier et al. «Vaccination mixte contre la fièvre jaune et la variole sur des populations indigènes du Sénégal», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 123, 7-8, (1940): 137-147.

⁶⁵³Camille Durieux, *Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur*, (Dakar: Imprimerie Africaine, 1940), 98.

⁶⁵⁴Pelletier, «Vaccin et vaccination anti-amarile», 193.

⁶⁵⁵*Ibid.*, 193.

⁶⁵⁶Durieux, *Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur*, 1940, 98.

⁶⁵⁷Camille Durieux, *Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur*, (Dakar: Imprimerie Africaine, 1949), 38.

⁶⁵⁸Durieux, *Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur*, 1940, 98.

⁶⁵⁹Durieux, *Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur*, 1949, 32-33.

revus, la sensibilité allergique avait été observée chez 143 sujets, soit 97,2% des militaires⁶⁶⁰. En 1942 et en 1947, des tests furent à nouveau faits sur des écoliers⁶⁶¹. 56% de cuti-réactions positives furent obtenues en 1942 alors que 96% des individus vaccinés par scarifications en 1947 étaient allergiques⁶⁶². Les taux faibles de 1942 ayant été attribués à l'insuffisance des corps microbiens contenus dans le vaccin utilisé et à la réduction progressive avec le temps des réactions à la tuberculine sans que cela témoigne d'une disparition de l'allergie, les résultats furent jugés concluants⁶⁶³. La voie d'administration trouvée, il fallait résoudre le problème de la conservation du vaccin.

A Dakar, un premier essai de fabrication d'un vaccin facile à conserver avait porté, au cours des années 1940, sur une méthode inspirée de l'Institut Pasteur de Paris. Le procédé utilisé par ce dernier consistait à mettre les bacilles en suspension dans une solution sucrée qui était par la suite congelée puis desséchée à basse température⁶⁶⁴. Les moyens matériels nécessaires pour cette technique se révélèrent cependant incompatibles avec ceux de l'Institut de Dakar alors que la solution obtenue après réhydratation était trop fluide⁶⁶⁵. Il fallait donc trouver un moyen qui répondait mieux aux conditions locales. Les Pastoriens entreprirent en 1949 de préparer un vaccin sec sous forme de poudre, en s'inspirant de la technique de Paris, et de l'incorporer ensuite dans une solution de gomme arabique au moment de l'utilisation, comme dans le cas du vaccin antiamarile⁶⁶⁶. Ils obtinrent ainsi la même année une présentation du vaccin BCG qui avait des avantages pratiques. La substance obtenue était assez épaisse pour adhérer à la peau et en même temps former, en s'asséchant, une pellicule protectrice autour des scarifications⁶⁶⁷. Aussi, tant qu'il était sous forme desséchée, le vaccin ne pouvait être altéré par les variations de température et de lumière et pouvait garder ses caractéristiques pendant au moins six mois⁶⁶⁸. Ce n'était que lorsqu'il était remis en solution qu'il s'altérait rapidement⁶⁶⁹. Les premiers tests avec ce nouveau produit furent effectués sur des enfants dakarois.

⁶⁶⁰Durieux, *Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur*, 1940, 98.

⁶⁶¹Henri Boiron, «Note sur l'application à Dakar du vaccin BCG par scarifications», *Bulletin médical de l'AOF* 6, (1949): 189.

⁶⁶²*Ibid.*, 189.

⁶⁶³Henri Boiron, «Note sur l'application à Dakar du vaccin BCG par scarifications», 190-191.

⁶⁶⁴Durieux, *Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur*, 1949, 38.

⁶⁶⁵Durieux, *Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur*, 1949, 38.

⁶⁶⁶*Ibid.*, 39.

⁶⁶⁷*Ibid.*, 39.

⁶⁶⁸*Ibid.*, 39..

⁶⁶⁹Raymond Mandé, «Place du BCG dans la lutte contre la tuberculose en France», dans *Bedeutung und Stand der BCG-Schutzimpfung gegen die Tuberkulose* E. Haefliger éd. (Berlin: Heidelberg, 1966), 71.

Tableau 5. – Allergies à la tuberculine après vaccinations au BCG aqueux et au BCG sec

Vaccin utilisé	Enfants vaccinés (5-15 ans)	Résultats des contrôles	
		Nombre d'enfants devenus allergiques	Pourcentage
Vaccin aqueux	122	119	97,5
Vaccin sec	106	101	95,2

Le contrôle effectué deux à trois mois plus tard, et dont les résultats figurent dans le tableau ci-dessus, montrait qu'avec le vaccin sec, l'allergie était acquise dans plus de 80% des cas, un résultat sensiblement égal à celui obtenu avec le vaccin frais⁶⁷⁰. Pour les Pastoriers de Dakar, ces résultats appréciables permettaient d'envisager la généralisation de la vaccination par le BCG⁶⁷¹. Mais au préalable, il fallait identifier la frange de la population qui allait bénéficier de ces vaccinations de masse. Pour cela, le pastorien Henri Boiron avait pratiqué 3 557 cuti-réactions à la tuberculine⁶⁷².

Tableau 6. – Distribution de la tuberculose à Dakar en 1949

Age	Nombre de sujets examinés	Cuti-réactions positives	
		Nombre	%
3 mois à 1 an	41	3	7,3
1 à 5 ans	840	116	13,8
5 à 10 ans	1.152	412	35,7
10 à 15 ans	1.066	542	50,8
Plus de 15ans	458	300	65,5

D'après les données recueillies, les enfants de cinq à quinze ans étaient les principales victimes de l'infection tuberculeuse. Les Pastoriers accordèrent l'importance de l'allergie dans ce groupe à la fréquentation scolaire et recommandèrent la généralisation de la vaccination à tous les

⁶⁷⁰Durieux, *Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de l'Afrique occidentale française*, 1949, 39.

⁶⁷¹*Ibid.*, 7.

⁶⁷²*Ibid.*, 42.

écoliers⁶⁷³. Le problème de la conservation du vaccin résolu, les autorités sanitaires pouvaient effectivement envisager une extension de son application. Cependant, pour préparer les quantités de vaccins nécessaires, l'institut Pasteur réclama le soutien des autorités publiques pour se doter d'un pavillon dédié à la production du BCG. Il avança des arguments que l'état colonial ne pouvait ignorer, à savoir: l'insuffisance des installations utilisées jusque-là pour les niveaux de production désormais désirés et leur incompatibilité avec les conditions de qualité définies par l'OMS⁶⁷⁴. De fait, pour l'Organisation, la production et le contrôle de la qualité du vaccin BCG lyophilisé nécessitaient des locaux et un matériel importants et ad hoc et tout pays qui ne réunissait pas les conditions requises devaient renoncer à la production et importer le produit⁶⁷⁵. Le projet de construction fut établi en 1951 et, au cours de cette même année, les crédits lui furent accordés par le Gouvernement Général de l'AOF⁶⁷⁶. Le nouveau service, ouvert en août 1952, allait fonctionner avec un personnel qui lui était spécialement dédié⁶⁷⁷. Les conditions étaient quoiqu'il en soit rapidement réunies pour entreprendre une plus grande distribution du BCG. Les travaux menés à Dakar ne concernèrent cependant pas uniquement le vaccin car des médecins y servant travaillèrent aussi à asseoir la crédibilité des médicaments servant à guérir de la tuberculose.

À partir de 1950, alors que les évaluations sur les antibiotiques se poursuivaient, la streptomycine était distribuée aux tuberculeux de Dakar, exception faite des cas graves pour qui aucune médication ne marchait et qui restaient alors soumis à un traitement symptomatique (injections de calcium, d'huile de foie de morue...)⁶⁷⁸. Les professeurs Jean Sénécal et Raoult se saisirent à partir de 1951 des nouveaux antibiotiques et la capitale fédérale servit de laboratoire où des travaux furent menés pour construire une expérience locale de leurs usages. Entre 1951 et 1953, 529 Africains souffrant de tuberculose pulmonaire et traités à l'HCA ou à l'ambulance du Cap Manuel furent ainsi soumis au traitement par antibiotiques par le médecin-commandant

⁶⁷³Durieux, *Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de l'Afrique occidentale française*, 1949, 42.

⁶⁷⁴Camille Durieux, *Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur*, (Dakar: Imprimerie Africaine, 1951), 55.

⁶⁷⁵OMS, Vingt-septième assemblée mondiale de la santé, *Contrôle de la qualité des vaccins BCG*, Vingt-septième assemblée mondiale de la santé, 1974. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95488>.

⁶⁷⁶Durieux, *Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de l'Afrique occidentale française*, 1951, 55.

⁶⁷⁷*Ibid.*, 8; 54.

⁶⁷⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Hôpital central africain*, 1950.

Raoult⁶⁷⁹. Ancien chef de service d'un hôpital pour tuberculeux noirs pendant l'occupation allemande, entre 1943 et 1944⁶⁸⁰, il s'était consacré au problème de la tuberculose une fois à Dakar⁶⁸¹. Si, en 1951, avait uniquement été employée la streptomycine, au cours des deux années suivantes, cette dernière était soit associée au PAS soit à l'INH et parfois même aux deux à la fois⁶⁸². Ceux parmi les tuberculeux qui étaient soumis au traitement et qui n'étaient pas hospitalisés étaient suivis soit par le docteur Chwostakoff, qui dirigeait le service de phthisiologie de l'IHS, soit par le personnel africain du service de médecine générale de l'HCA⁶⁸³. L'évolution de l'état des malades était pour sa part monitorée par plusieurs radiologues, les docteurs Monfort, Pellegrino, Pellerio et Quère qui pratiquaient radiographies et tomographies⁶⁸⁴.

Certains malades ayant abandonné le traitement, l'évaluation porta au final sur 262 tuberculeux. Environ 18 malades, soit 7% seulement, retrouvèrent un état général excellent (effacement des cavernes, suppression des bacilles et de l'expectoration)⁶⁸⁵. Chez 38 autres patients (13%) furent enregistrés un effacement important des cavernes, une disparition des bacilles tuberculeux et une amélioration de l'état général⁶⁸⁶. Si les images radiologiques montrèrent l'amélioration de leur état chez 73 tuberculeux parmi les malades suivis, soit 28%, le bacille de Koch continuait à apparaître dans leurs crachats alors que 51% n'enregistraient pas d'amélioration ou virent leur état s'aggraver⁶⁸⁷. Partant du constat selon lequel 173 individus parmi les 262 malades étaient des cas graves, et du fait que les traitements furent administrés à des malades placés dans les pires conditions de cure du fait des conditions d'hospitalisation limitées, les résultats furent considérés comme relativement satisfaisants⁶⁸⁸.

En 1952, Jean Sénécal ayant également soumis 54 enfants tuberculeux suivis au service de pédiatrie de l'HCA à un traitement à base de streptomycine et d'isoniazide, avançait avoir eu des résultats relativement bons chez les cas chez qui le traitement avait été entrepris à temps et

⁶⁷⁹A.Raoult, L. Michel et J. Diouf, «Trois ans de traitement de la tuberculose pulmonaire en milieu africain à Dakar», *Bulletin médical de l'AOF* 12, (1955): 69.

⁶⁸⁰Nous n'avons toutefois pas pu trouver d'informations complètes sur ledit hôpital qui est juste mentionné dans un article du docteur Raoult.

⁶⁸¹Sénécal et al. «La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital central africain», dans *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*, (Paris: Centre international de l'enfance, 1952), 202.

⁶⁸²Raoult, Michel et Diouf, «Trois ans de traitement de la tuberculose», 69.

⁶⁸³*Ibid.*, 52-53.

⁶⁸⁴*Ibid.*, 52.

⁶⁸⁵*Ibid.*, 77.

⁶⁸⁶*Ibid.*, 77.

⁶⁸⁷*Ibid.*, 77.

⁶⁸⁸*Ibid.*, 77.

régulièrement suivi⁶⁸⁹. A partir de 1953, l'IHS conduisait également des traitements avec la gamme complète des antibiotiques⁶⁹⁰. Malgré les nombreux cas non guéris, dans une note adressée au Directeur général de la santé de l'AOF Talec, le docteur Heckenroth, alors médecin chef du centre de phtisiologie qui présentait les résultats des travaux menés à Dakar, avançait que les antibiotiques permettaient d'obtenir des guérisons définitives surtout quand les lésions étaient attaquées à leur début⁶⁹¹. Sur 1.010 Africains soumis à l'IHS à un traitement antibiotique, il aurait constaté une suppression complète des bacilles tuberculeux chez 686 patients soit 68% des malades suivis⁶⁹². Il excluait également tout danger dans le traitement lorsque les différents antibiotiques étaient associés, alternés et régulièrement soutenus⁶⁹³. De son avis, les médicaments antituberculeux ne servaient pas uniquement à guérir les malades pour qui les lésions étaient à leur début. Ils permettaient aussi, dans les formes anciennes avancées et indépendamment d'une amélioration générale et fonctionnelle, «une limitation des lésions, [de] leur détersion, et [de] leur rétraction⁶⁹⁴».

En outre, les médicaments antituberculeux furent présentés comme offrant un avantage pour les pays sous-équipés car permettant une extension du traitement, rendue jusque-là impossible du fait des coûts élevés de soins de santé⁶⁹⁵. En effet, d'après les évaluations présentées au Directeur général de la santé publique de l'époque, la stérilisation complète (suppression des bacilles) des crachats d'un tuberculeux requérait juste six mille francs en produits pharmaceutiques, là où l'édification d'un sanatorium requérait cent millions et son entretien trente-cinq millions par an⁶⁹⁶. Présentés comme tels, ces antituberculeux ne pouvaient

⁶⁸⁹Sénégal et al. «La tuberculose chez l'enfant africain», 207.

⁶⁹⁰Sénégal, Dakar, archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: Santé et affaires sociales, dossier 1H86, Tuberculose, *Les traitements chimiothérapeutiques prolongés de la tuberculose pulmonaire en dehors des milieux hospitaliers en AOF et dans les territoires d'Afrique noire insuffisamment développés*, Cinquièmes journées pneumo-phtisiologiques d'Afrique du Nord, Tunis, séance du 20 mai 1956, 8.

⁶⁹¹Sénégal, Dakar, archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: Santé et affaires sociales, dossier 1H86, Tuberculose, *Note au sujet du traitement chimiothérapeutique prolongé de l'adulte dans les centres insuffisamment équipés de l'AOF*, 1955, 1.

⁶⁹²Sénégal, Dakar, archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: Santé et affaires sociales, dossier 1H86, Tuberculose, *Les traitements chimiothérapeutiques prolongés de la tuberculose pulmonaire en dehors des milieux hospitaliers en AOF et dans les territoires d'Afrique noire insuffisamment développés*, Cinquièmes journées pneumo-phtisiologiques d'Afrique du Nord, Tunis, séance du 20 mai 1956, 11.

⁶⁹³Sénégal, Dakar, archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: Santé et affaires sociales, dossier 1H86, Tuberculose, *Note au sujet du traitement chimiothérapeutique prolongé de l'adulte dans les centres insuffisamment équipés de l'AOF*, 1.

⁶⁹⁴*Ibid.*, 1.

⁶⁹⁵*Ibid.*, 1.

⁶⁹⁶Sénégal, Dakar, archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: Santé et affaires sociales, dossier 1H86: Tuberculose, Correspondance du Médecin Général Talec au sujet de la prophylaxie de la tuberculose par

que trouver grâce aux yeux des autorités sanitaires pour qui l'une des visées primordiales de la lutte contre la tuberculose devait être, encore et toujours, d'obtenir la suppression des bacilles de Koch en circulation⁶⁹⁷. Les résultats ainsi obtenus avec la vaccination, les expériences sur les antibiotiques et les mises en perspective financières donnèrent ainsi une base solide aux arguments en faveur de l'utilisation généralisée et systématique des médicaments. La solution technique, a priori efficace et moins coûteuse que les autres, prenait désormais toute sa place dans la gestion de la tuberculose à Dakar au tournant des années 1950.

B- Un plan antituberculeux à la mesure des possibilités de la ville

L'euphorie des années 1950, consécutive à la découverte des antibiotiques, avait entraîné en AOF l'élaboration de projets destinés à traquer et à prendre en charge tous les malades de la tuberculose. Avaient donc été proposés l'extension du dépistage radiologique auprès du plus grand nombre possible d'individus de même que l'édification de services spécialisés⁶⁹⁸. Même le Conseil général du Sénégal⁶⁹⁹, dans sa séance du 22 décembre 1950, émettait le vœu de la création de formations antituberculeuses⁷⁰⁰. Toutefois si le programme proposé était théoriquement profitable à la lutte contre la tuberculose, en réalité, il était loin de se trouver au diapason des moyens financiers et humains de la Fédération qui, pour appliquer le plan établi devait procéder à une augmentation de la capacité d'accueil de ses services hospitaliers. Cette réalité poussa les autorités publiques à se pencher sur l'orientation à donner à la lutte contre la tuberculose ainsi que sur les moyens à utiliser. Fut ainsi mis sur pied un programme qui allait permettre de ne pas dépasser les possibilités financières des territoires concernés et s'appuyer sur

stérilisation des cracheurs de bacilles, 14 avril 1955; Marcel Heckenroth, «Un nouveau centre de dépistage et de suivi de la tuberculose», 1956, 2.

⁶⁹⁷Gouvernement général de l'AOF, Direction générale de la santé publique, «Tâches et problèmes de la santé publique en AOF: la tuberculose», *Bulletin médical de l'AOF*, n°spécial, (1954): 40.

⁶⁹⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales, dossier 1H57, Nomenclature médicale, *Médecine de prophylaxie*, 1950, 8.

⁶⁹⁹Conseil élu, aux pouvoirs surtout consultatifs en matières de budget et d'emprunts. Son avis est ainsi requis pour tout ce qui concerne l'administration, l'organisation administrative, l'enseignement, le domaine public, les travaux publics, le régime du travail, le plan d'équipement économique du territoire. Il a aussi le droit de prendre des initiatives et de les soumettre au Gouvernement général.

⁷⁰⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales, dossier 1H61, Formations sanitaires, gestion et fonctionnement, «Correspondance du gouverneur du Sénégal à Monsieur le Haut-Commissaire de la République, Gouverneur général de l'AOF», 5 février 1951.

l'utilisation d'un nombre limité de spécialistes⁷⁰¹. Le choix fut par conséquent porté sur la prévention par la vaccination et le traitement médicamenteux des tuberculeux⁷⁰².

1-Pour une protection massive par le BCG

À partir de 1949, la vaccination fut au centre de l'action contre la tuberculose à Dakar. Pour donner du crédit à son utilisation prioritaire, elle fut décrite comme, parmi les moyens de lutte disponibles contre la tuberculose, celle qui présentait l'avantage d'être réalisable sans retard et sur une grande échelle, le procédé le plus aisément applicable, le moins onéreux et le plus rationnel⁷⁰³. Avec la mise à la disposition des services de santé du BCG sec, il était effectivement devenu possible d'administrer le vaccin à une large frange de la population infantile. Concernant son innocuité, «les conclusions du Congrès international du BCG (tenu à Paris du 18 au 23 juin 1948) stipulant que l'étude de plus de dix millions de vaccinations effectuées dans le monde entier, au cours de vingt-cinq années, confirment l'innocuité absolue de la vaccination par le BCG dans l'espèce humaine» furent mises à profit⁷⁰⁴. Dès novembre 1949, dans une circulaire adressée aux directeurs de la santé des huit territoires de la Fédération, le Directeur général de la santé publique de l'AOF définissait un programme concernant l'étude du test tuberculique et l'application de la vaccination par le BCG à toute la population d'âge scolaire⁷⁰⁵. Les opérations devaient être exécutées par les médecins-chefs de circonscriptions médicales⁷⁰⁶. Et à partir de 1950, une grande campagne de vaccination de masse par le BCG débuta dans les écoles de la ville.

⁷⁰¹France, Marseille, Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées (IMTSSA), dossier 277: situation sanitaire, tuberculose, *La tuberculose dans la France d'outre-mer: Perspectives d'avenir*, 1952, 6.

⁷⁰²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales, dossier, 1H57: nomenclature médicale, *Note concernant l'activité, les projets et les préoccupations des Services sanitaires en Afrique occidentale française*, 1949, 5 ; Louis Sanner, «La tuberculose», *Bulletin médical de l'AOF*, 2, (1954): 98-99.

⁷⁰³Caussin, «L'application du BCG dans les collectivités scolaires de l'AOF», 145.

⁷⁰⁴Boiron, «Sur la vaccination par le BCG en Afrique occidentale », 7.

⁷⁰⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales, 1916-1959, dossier 1H86, tuberculose, *Instructions au sujet de l'étude du test tuberculique et de la vaccination au BCG dans les écoles*, 1949 ; Palud Pellegrino, «Opérations de dépistage de la tuberculose pulmonaire en 1951-1952 parmi les écoliers de la presqu'île du Cap-Vert», dans *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*, (Paris: CIE, 1952), 215.

⁷⁰⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales, dossier 1H86, tuberculose, *Instructions au sujet de l'étude du test tuberculique et de la vaccination au BCG*, 1949.

Tableau 7. – Effectifs vaccinés à Dakar entre 1950 et 1952

Effectifs scolaires approximatifs en 1952	Vaccinés 1949-1950	Vaccinés 1950-1951	Vaccinés 1951-1952	Revaccinés 1951	Revaccinés 1952
13.700	4.427	2.629	718	905	422

Tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessus, la majorité des élèves ne fut au final pas concernée. Il fut parfois difficile aussi de contrôler les résultats de la vaccination à cause du manque d'assiduité de certains élèves ou encore d'empêcher d'autres d'enlever la tuberculine déposée sur les scarifications⁷⁰⁷. Des confusions d'identité fréquentes furent en outre notées⁷⁰⁸. Néanmoins, cette campagne de vaccination permit d'avoir une idée sur l'infection et de montrer que Dakar avait l'index le plus élevé de la Fédération, avec 51% des cas totaux recensés⁷⁰⁹. La vaccination ne concernait cependant pas uniquement les élèves.

En 1949, la vaccination semblant être entrée dans les mœurs de certains Dakarois, l'Institut Pasteur vaccinait tous ceux qui en faisaient spontanément la demande⁷¹⁰. Cette année-là d'ailleurs, le vaccin fut administré à 2 543 enfants amenés par leurs parents à l'Institut⁷¹¹. Concernant la vaccination dans les maternités de la ville, l'IHS en assurait toujours la charge. À partir de 1954, le Centre de protection maternelle et infantile (PMI), division de l'Institut créée le 27 juillet 1953 et doté à partir de 1955 d'un service du BCG, en était responsable⁷¹². Une assistante sociale européenne et une sage-femme africaine distribuaient le vaccin tous les matins à la maternité africaine et, trois fois par semaine à la Maternité du repos Mandel situé à Médina⁷¹³. Concernant le reste des enfants de la ville, une séance de vaccination bihebdomadaire était organisée au Centre⁷¹⁴. Ce service du BCG servit aussi à mener différentes recherches sur

⁷⁰⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport du service de santé du Sénégal*, 1952.

⁷⁰⁸*Ibid.*, 1952.

⁷⁰⁹Caussin, «L'application du BCG dans les collectivités scolaires de l'AOF. Commentaires d'une première campagne de vaccination collective», *Bulletin médical de l'AOF* 8, 2, (1951): 143.

⁷¹⁰*Ibid.*, 60; Sénécal et Boiron, «La lutte antituberculeuse à Dakar», 210.

⁷¹¹Sénécal et Boiron, «La lutte antituberculeuse à Dakar», 209.

⁷¹²*Ibid.*, 210.

⁷¹³Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Institut d'hygiène sociale*, 1955.

⁷¹⁴Boiron, Sénécal et Couturier, «La vaccination par le BCG en Afrique noire», 59.

les surinfections des sujets déjà vaccinés ou encore sur des méthodes différentes de vaccination et les associations du BCG avec d'autres types de vaccins⁷¹⁵. Il fut également chargé de la formation du personnel de santé à la vaccination. La dissociation du service chargé de la vaccination de celui responsable des soins allait cependant entraîner à l'IHS une rivalité pour l'obtention des crédits publics. Ainsi, le professeur Jean Sénécal, responsable du Centre, dans une note adressée au Gouverneur général et datant de novembre 1953, jugeait plus pertinent de centrer les fonds sur la vaccination qui était la base de la prévention de la tuberculose⁷¹⁶. Il justifiait sa position par le fait que les services destinés à prendre en charge les tuberculeux à Dakar étaient quasi inexistantes, rendant caduques dépistage et traitement des malades⁷¹⁷. Les allées et venues entre le Centre de phtisiosologie et le Centre de PMI décourageaient par ailleurs certaines mères précisait-il⁷¹⁸.

2-Des soins intégrés aux services existants

D'après les médecins qui avaient mené les premiers tests de traitement antituberculeux à Dakar, pour obtenir un résultat optimum, il fallait dépister, traiter, contrôler les malades dans des services autonomes, sinon spécialisés⁷¹⁹. Conscientes de l'insuffisance des ressources financières et humaines dont elles disposaient, les autorités sanitaires coloniales ne furent toutefois jamais favorables à l'édification de services dédiées spécifiquement à la tuberculose. Dès 1952, lors d'une conférence au cours de laquelle était analysé l'ensemble des problèmes de santé de la Fédération, les différents directeurs des services de santé présents avaient fait prévaloir qu'il était indispensable d'adapter les réalisations hospitalières aux possibilités budgétaires de chaque

⁷¹⁵Boiron, Sénécal et Couturier, «La vaccination par le BCG en Afrique noire», 59.

⁷¹⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales, dossier 1H62:Gestion administrative et financière des établissements médicaux, «Note pour le gouverneur secrétaire général», 1952.

⁷¹⁷*Ibid.*, 1952.

⁷¹⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Institut d'hygiène sociale*, 1956.

⁷¹⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds l'AOF (1920-1959), Série H: Santé et affaires sociales, dossier 1H86, Tuberculose, *Note au sujet du traitement chimiothérapique prolongé de l'adulte dans les centres insuffisamment équipés de l'AOF*, 1.

territoire⁷²⁰. Ainsi, fut recommandée la limitation considérable du dépistage aux seuls malades qui se présentaient spontanément⁷²¹. Quant au radiodiagnostic, il devait être réservé aux collectivités facilement contrôlables (écoles, fonctionnaires, militaires, travailleurs)⁷²². Fut également rejetée la construction de sanatoriums et d'hôpitaux de cure, car «ne correspondant pas au niveau d'évolution des populations africaines qui ne supportaient pas une longue hospitalisation⁷²³». Ainsi, à défaut des centres spécialisés, fut proposée la création de services intégrés aux structures sanitaires existantes.

À l'hôpital revenait la confirmation du diagnostic chez les sujets adressés par les dispensaires, le traitement des malades hospitalisés et la prescription des traitements. Les dispensaires, eux, devaient assurer les traitements ambulatoires prescrits par les services hospitaliers et, éventuellement, le radio-dépistage pour les collectivités pour lesquelles il était imposé⁷²⁴. À Dakar fut construit, grâce au Fonds d'investissement pour le développement économique et social des territoires d'outre-mer (FIDES)⁷²⁵ un Centre de phtisiologie en 1953⁷²⁶. Parmi les données qui présidèrent à sa création figurait la possibilité de traiter un nombre non négligeable de contagieux⁷²⁷. Le Centre était rattaché à l'IHS mais, contrairement à l'ancien service antituberculeux, avait ses propres locaux. Il fut ainsi chargé de suivre et traiter la masse innombrable des tuberculeux de la ville et même de de l'AOF ne pouvant bénéficier des bienfaits de l'hospitalisation⁷²⁸.

De l'avis des autorités sanitaires de l'époque, la priorité devait être donnée à la stérilisation des contagieux⁷²⁹, car, du point de vue de la santé publique, celle-ci avait des conséquences plus importantes que les cures réalisées sur des malades qui n'étaient plus

⁷²⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H57: Nomenclature médicale, *Rapport du docteur Aujoulat à Monsieur le Haut-commissaire de la République en AOF*, 1952.

⁷²¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales dossier, 1H121: Affaires sociales, *Projet Service social antituberculeux*, 1956,2.

⁷²²France, Marseille, IMTSSA, boîte 277: situation sanitaire, tuberculose, *La tuberculose dans la France d'outre-mer, perspectives d'avenir*, 1952,6-7.

⁷²³*Ibid.*, 6-7.

⁷²⁴*Ibid.*, 8.

⁷²⁵Ce fonds, crée par la loi du 30 avril 1946 et alimenté par une dotation de la métropole et des contributions des différents territoires d'outre-mer, devait servir à financer l'équipement local de ces derniers.

⁷²⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H62: Gestion administrative et financière des établissements médicaux, *Projet d'arrêté portant création de l'Institut d'hygiène sociale de Dakar*, 23 juillet, 1953.

⁷²⁷*Ibid.*, 1953.

⁷²⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Institut d'hygiène sociale*, 1956.

⁷²⁹Stérilisation et négativation signifiaient les rendre non contagieux.

disséminateurs de bacilles⁷³⁰. Le traitement était gratuit sauf pour quelques fonctionnaires⁷³¹. Il devait être facilement applicable par des docteurs en médecine ou des médecins africains non spécialistes et ne disposant pas toujours de moyens radiologiques ou de possibilités correctes d'hospitalisation⁷³². La forme et l'ancienneté des lésions et l'antibiogramme entre autres définissaient le choix des molécules à utiliser⁷³³. Par conséquent, les antibiotiques reçus différaient pour chaque malade. L'adoption de l'antibiothérapie n'avait cependant pas entraîné une cessation des chirurgies. Toutefois, du fait de l'insuffisance des services de santé et du personnel de santé et, en raison de l'impossibilité de maintenir alités des malades appelés par d'autres nécessités, la chimiothérapie était appliquée au plus grand nombre de malades⁷³⁴. Par conséquent, les traitements ambulatoires étaient généralement institués dès le début et seul un nombre limité de malades (1/6 et essentiellement les cas nouveaux) bénéficiaient de l'hospitalisation⁷³⁵. Aux tuberculeux malnutris étaient en outre administrés des extraits hépatiques, des polyvitamines et de l'huile de foie de morue⁷³⁶. Et pour parer aux carences protidiques, le service social du Centre de phtisiologie distribuait aux patients de la farine de poisson et du lait fourni par l'Organisme de recherche sur l'alimentation et la nutrition africaine (ORANA)⁷³⁷.

⁷³⁰Louis Sanner, «Tâches et problèmes de la santé publique en AOF», *Bulletin médical de l'AOF*, n° spécial, (1954): 39-40.

⁷³¹Les sources consultées ne nous ont pas permis de connaître l'identité de ces fonctionnaires.

⁷³²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86, «Correspondance du Général inspecteur Talec à Monsieur le Directeur local de la santé publique du Sénégal-Mauritanie», 6 mai 1957.

⁷³³Sénégal, Dakar, archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86, Tuberculose, *Les traitements chimiothérapeutiques prolongés de la tuberculose pulmonaire en dehors des milieux hospitaliers en AOF et dans les territoires d'Afrique noire insuffisamment développés*, Cinquièmes journées pneumo-phtisiologiques d'Afrique du Nord, Tunis, séance du 20 mai 1956, 6.

⁷³⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86, Tuberculose, *Note au sujet du traitement chimiothérapeutique prolongé de l'adulte dans les centres insuffisamment équipés de l'AOF*, 1955, 1.

⁷³⁵Sénégal, Dakar, archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86, Tuberculose, *Les traitements chimiothérapeutiques prolongés de la tuberculose pulmonaire en dehors des milieux hospitaliers en AOF et dans les territoires d'Afrique noire insuffisamment développés*, Cinquièmes journées pneumo-phtisiologiques d'Afrique du Nord, Tunis, séance du 20 mai 1956, 1.

⁷³⁶*Ibid.*, 6.

⁷³⁷L'ORANA, créé en 1945 sous le nom d'Organisme d'enquête pour l'étude anthropologique des populations africaines-alimentation-nutrition, avait pour objectif de mener des études sur la malnutrition et la sous nutrition identifiées comme causes de mortalité en Afrique occidentale. Il avait également pour rôle d'étudier et de proposer des moyens de prévenir les états nutritionnel déficients.

3-La vaccination par le BCG dans un contexte de reconfiguration des rapports entre l'état colonial et ses administrés

Avec la massification de la vaccination, des oppositions aux tests tuberculiques et à la vaccination s'étaient manifestées au sein de la Fédération. La situation était telle que la Direction de l'hygiène scolaire, ainsi que des directeurs locaux de santé publique, avaient réclamé une meilleure organisation des campagnes de masse. En effet, d'après la circulaire de 1949, la vaccination devait être sollicitée ou acceptée de plein gré par les intéressés ou leurs familles⁷³⁸. Il n'était donc nullement question de l'imposer mais, vu les réticences d'une partie de la population, le bénéfice de cette prémunition risquait de n'être que minime. Il fallait donc trouver un moyen de la faire accepter par la population locale. La Direction fédérale du service de santé avait bien estimé nécessaire de rendre obligatoire cette vaccination car avec les avancées politiques enregistrées dans les colonies françaises au lendemain de la seconde guerre mais cela restait impossible à entériner sans base légale.

En 1946, grâce à l'extension du code pénal métropolitain le 30 avril et la loi Lamine Gueye du 7 mai qui accordait la citoyenneté aux anciens sujets, l'indigénat avait été aboli au Sénégal⁷³⁹. La suppression de ce régime, qui dotait jusque-là les autorités coloniales des moyens légaux leur permettant de s'assurer l'obéissance du sujet et sa soumission à différentes mesures prophylactiques, handicapait largement le personnel de santé au lendemain de la seconde guerre⁷⁴⁰. Pour la vaccination antituberculeuse, fut alors proposée l'extension de la loi du 5 janvier 1950 aux territoires d'outre-mer, au Cameroun et au Togo. Cette loi faisait obligation, en France, pour tous les enfants, les étudiants en médecine, les personnels des établissements hospitaliers publics ou privés, les ouvriers manipulant les denrées alimentaires d'être vaccinés

⁷³⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H : santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, «Circulaire au sujet de l'extension aux maternités et Centres de puériculture de la vaccination au BCG», 19 janvier 1954.

⁷³⁹Michael Crowder, *West Africa under colonial Rule*, 500-501; Bouche, *Histoire de la colonisation française*, 382; Vidrovitch et Moniot, *L'Afrique noire de 1800 à nos jours*, 128.

⁷⁴⁰Louis Sanner et J. Habay, «L'organisation de la santé publique dans une fédération de la France d'outre-mer, l'AOF», *Semaine médicale*, 40, (1952), 3; Sur la question de l'indigénat, voir: Isabelle Merle, «De la 'légalisation' de la violence en contexte colonial. Le régime de l'indigénat en question», *Politix* 17, 66, (2004):137-162; A. I. Asiwaju, «Control through coercion; A study of the Indigénat regime in French West African administration, 1887-1946», *Journal of the Historical Society of Nigeria* 9, 3, (1979): 91-124; Gregory Mann, «What was the indigénat? The empire of law in French West Africa», *Journal of African History*, 50, (2009): 331-353; Jean Suret-Canale, *Afrique noire. L'ère coloniale, 1890-1945*, (Paris: Editions sociales, 1982), 18-425; Raymond L. Buell, *The Native problem in Africa* (New York: MacMillan, 1928); Pierre Guillaume, *Le monde colonial XIXe-XXe siècle*, (Paris: Armand Collin, 1999), 146.

avec le BCG⁷⁴¹. Le projet allait cependant faire face à des réticences au sein même de l'Assemblée de l'Union française. Cette dernière était composée par moitié de membres représentant la France métropolitaine et par moitié des représentants des territoires outre-mer et états associés⁷⁴². Bien que cette assemblée n'ait eu qu'un rôle consultatif, et ne fut donc pas en mesure de contrer l'adoption de la loi ou de la favoriser, les débats qui y furent menés permettent de saisir les raisons qui justifiaient les réticences face à la réglementation de cette vaccination.

En France, dès 1950 s'étaient intensifiées les actions contre l'obligation de la vaccination par le BCG. En 1954, le mouvement anti-vaccination s'y était organisé autour de la Ligue nationale contre l'obligation des vaccinations qui, pour avoir mené une activité de lobbying auprès des parlementaires de la Quatrième République, avait réussi à obtenir en 1956, de 476 députés sur 595, une déclaration en faveur de l'adoption d'une indemnisation des accidents post-vaccinaux et, à pousser soixante autres députés à envisager l'abolition de l'obligation vaccinale⁷⁴³. Il n'est donc pas surprenant que le débat se téléporte en 1954 sur le terrain colonial. La discussion autour de l'obligation de la vaccination par le BCG aux colonies servit de prétexte à certains élus français pour soulever la question de la pertinence de l'utilisation du vaccin pour contenir le développement de la tuberculose. Ainsi, le conseiller technique du Secrétaire d'état de la France d'outre-mer justifiait-il sa circonspection par l'insuffisance des connaissances sur la maladie chez les Noirs; il considérait la vaccination comme une solution de facilité qui empêcherait de s'occuper de la maladie dans son ensemble⁷⁴⁴. Cette position, légitime, rejoignait celle adoptée par les États-Unis qui pour contrer le problème de la tuberculose avaient préféré à la vaccination l'amélioration des conditions de vie et celle des niveaux de santé généraux de la population.

Les réticences face à la systématisation de la vaccination par le BCG et, par conséquent à un besoin de sa légitimation, furent aussi justifiées par une crainte de la survenue d'accidents consécutifs à une massification de ses usages sans un contrôle suffisant de l'après pour

⁷⁴¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86, tuberculose, «Lettre du Ministre de la France d'Outre-mer à Monsieur le Haut-commissaire en Afrique occidentale», le 4 novembre 1955; INSERM, *Tuberculose : Place de la vaccination*, 110.

⁷⁴²Deschamps, *L'Union française*, 83.

⁷⁴³*Ibid.*, 424-425.

⁷⁴⁴France, Marseille, IMTSSA, boîte 277: tuberculose, «Médecin commandant Pinson des Troupes coloniales à Monsieur le Professeur Étienne Bernard», Paris, 1954.

l'accompagner⁷⁴⁵. Pour certains élus, la recherche du consentement des Africains était le moyen à utiliser pour élargir l'application de la vaccination car l'imposer par la loi serait lui donner un aspect de contrainte et lui ôter tout humanité⁷⁴⁶. Les oppositions furent aussi justifiées par le fait que la majorité de la population infantile n'était pas scolarisée, ce qui enlevait toute pertinence à une telle réglementation⁷⁴⁷.

Entre 1956 et 1957, au moment où les mouvements en faveur de l'autonomie des TOM s'intensifiaient, les autorités sanitaires de l'AOF cherchèrent à faire appliquer la loi d'obligation française avant que les Africains ne prennent les rênes du pays, ce sans même une consultation de la population locale⁷⁴⁸. Malgré la pression exercée par la Direction de la santé, malgré aussi les différentes relances des médecins d'hygiène scolaire qui mentionnaient les difficultés de plus en plus grandissantes rencontrées à l'occasion de la pratique des tests tuberculiques et de la vaccination dans la région et malgré l'avis favorable de l'Assemblée de l'Union finalement obtenu en 1956, la loi ne fut jamais votée⁷⁴⁹. L'unique solution proposée par le Directeur général de la santé fut alors la recommandation aux autorités sanitaires des différentes colonies de demander une autorisation de vaccination au BCG aux parents des enfants dont les tests étaient négatifs⁷⁵⁰. Fut aussi initié, à Dakar, le placement des plus petits (0-5 ans)⁷⁵¹. Il s'agissait en fait d'isoler les enfants de mères tuberculeuses et de les placer dans un cadre où des soins quotidiens leur étaient fournis. Les sœurs franciscaines avaient ainsi accepté d'accueillir ces enfants dans leurs bâtiments en fin de construction au Repos Mandel, à Médina⁷⁵². La priorité revenait cependant aux enfants des familles nécessiteuses et l'admission était gratuite⁷⁵³. En 1956, trente-

⁷⁴⁵France, Aix-en-Provence, ANOM, boîte 277: tuberculose, «Débats de l'Assemblée de l'Union française », Extrait du JORF, 9 juin 1954.

⁷⁴⁶France, Aix-en-Provence, ANOM, boîte 277: tuberculose, «Débats de l'Assemblée de l'Union française », Extrait du JORF, 9 juin 1954.

⁷⁴⁷France, Aix-en-Provence, ANOM, boîte 277: tuberculose, «Débats de l'Assemblée de l'Union française», Extrait du JORF, 9 juin 1954.

⁷⁴⁸France, Marseille, IMTSSA, boîte 277: dossier tuberculose, «Vaccination par le BCG et lutte contre la tuberculose dans les territoires d'outre-mer: note n°195», 1957.

⁷⁴⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, «Le Médecin-chef de l'hygiène scolaire à Monsieur le Directeur général de la santé publique en AOF», le 10 janvier 1957.

⁷⁵⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, «Le Médecin Général Talec à Monsieur le Directeur local de la santé publique en Haute Volta», le 21 mars 1956.

⁷⁵¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H121: Affaires sociales, Projet Service social antituberculeux, 1956, 3.

⁷⁵²*Ibid.*, 4.

⁷⁵³*Ibid.*, 4.

trois nourrissons avaient ainsi été séparés à la naissance de leur mère malade⁷⁵⁴. Tous subissaient systématiquement la vaccination par le BCG et, leur placement était maintenu jusqu'au virage de la cuti-réaction⁷⁵⁵. La vaccination offrait ainsi un prétexte pour mieux apprécier les changements survenus dans le contrôle des corps des anciens sujets africains. Elle permit aussi d'apprécier l'impact des réactions des administrés sur les débats posés et les initiatives prises par les autorités sanitaires coloniales.

4-Des résultats mitigés

Dans l'article 15 de l'arrêté n°5553 qui organisait l'IHS en 1953 et qui définissait ses différents services, il était stipulé que les médicaments antituberculeux ne pouvaient être délivrés aux consultants qu'à dose médicinale. Par dose médicinale, il faut entendre la quantité d'un médicament qui est ordinairement consommée en une fois ou en vingt-quatre ou quarante-huit heures⁷⁵⁶. Cependant, du fait de l'insuffisance du personnel médical cette mesure ne pouvait être appliquée. Le recrutement des infirmières-visiteuses ayant été supprimé en 1938, les visites à domicile n'étaient plus pratiquées. Aux malades qui étaient reçus tous les deux mois étaient ainsi distribués des médicaments qu'ils devaient prendre jusqu'à leur rendez-vous suivant⁷⁵⁷. En 1956, l'intervalle entre les rendez-vous pouvait atteindre soixante-dix jours⁷⁵⁸. Les tuberculeux avaient ainsi la possibilité de se soigner sans se déplacer quotidiennement ni être soumis aux désagréments d'une ingérence des auxiliaires médicaux dans leur espace privé. Ainsi, fut notée une plus grande adhésion des patients au traitement, même du côté des femmes⁷⁵⁹.

⁷⁵⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H121: Affaires sociales, Projet Service social antituberculeux, 1956, 4.

⁷⁵⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Institut d'hygiène sociale*, 1956.

⁷⁵⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Institut d'hygiène sociale*, 1956.

⁷⁵⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel de l'Institut d'hygiène sociale*, 1956.

⁷⁵⁸*Ibid.*, 1956.

⁷⁵⁹Marc Sankalé *et al.*, «Urbanisation et santé» dans Groupe d'études dakaroises, *Dakar en devenir* (Paris: Présence africaine, 1968), 281.

Tableau 8. – Tuberculeux reçus au Centre de phthisiologie de Dakar

Années	1956	1957	1958	1959
Malades	938	1074	1198	1271

Ce qui n'impliquait cependant pas qu'ils acceptaient ou adhéraient entièrement à toutes les modalités qui accompagnaient le traitement. Certains choisissaient ainsi les moments de se rendre auprès des services de santé, poussant les autorités sanitaires à recommander au personnel de santé plus de souplesse dans les rendez-vous pour s'assurer du suivi des traitements⁷⁶⁰. Fut également recommandé de leur épargner les longues attentes, les consultations à des lieux éloignés les uns des autres en somme, tout ce qui les gênait. Ce relâchement dans la surveillance des malades par le personnel médical n'entraîna cependant pas un recul de la médicalisation de la société dakaroise.

En réalité, si d'une part l'interventionnisme dans le quotidien des Africains diminuait, ainsi que la volonté de façonner des individus qui appliqueraient les règles d'hygiène édictées, de l'autre, grâce aux acquis des campagnes de vaccination de masse et à ceux des traitements antibiotiques menés à Dakar, allait pouvoir s'opérer une décentralisation progressive de la distribution du vaccin BCG ainsi que celle des soins aux tuberculeux. Les vaccinations en milieu scolaire avaient permis d'entraîner une bonne partie du personnel à la pratique courante de la vaccination par scarification cutanée, et les Pastoriens avaient réussi à rassurer les autorités sur la qualité du vaccin, en accordant toutes les défaillances enregistrées au cours de son application (survenue de tuberculose chez des vaccinés, allergie éphémère) aux lacunes du personnel et à la négligence de parents qui élevaient leurs enfants dans des conditions hygiéniques déplorables⁷⁶¹. Le 19 janvier 1954, la Direction générale de la santé publique prescrivait aux directeurs locaux de santé d'étendre à toutes les maternités et centres de puériculture la vaccination par le BCG⁷⁶².

⁷⁶⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, *Note au sujet du traitement chimiothérapeutique prolongé de l'adulte dans les centres insuffisamment équipés de l'AOF*, 1955, 3.

⁷⁶¹Survenue d'infections chez des enfants vaccinés au BCG.

⁷⁶²Boiron, Sénécal et Couturier, «La vaccination par le BCG en Afrique noire française», 56-57; Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), série G: rapports et administration générale, *Rapport annuel sur le fonctionnement du Service de santé en AOF*, 1953; Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86, tuberculose, «Extension aux maternités et centres de puériculture de la vaccination au BCG», 1954.

Grâce aux résultats obtenus avec les traitements antituberculeux, la chimiothérapie quant à elle, avait servi à élargir le champ d'action de la lutte antituberculeuse permettant ainsi un début de décentralisation du traitement. Dès 1955, le Directeur général de la santé de l'AOF donnait des instructions en faveur de l'administration des traitements dans des dispensaires autres que l'IHS (dispensaires de la mission protestante de Bopp, dispensaire de l'école sainte Thérèse, infirmeries de l'armée ou du port de commerce)⁷⁶³. S'élaboraient ainsi des possibilités d'alléger l'IHS voire Dakar dans son ensemble pour ce qui concernait le traitement de la tuberculose.

Les résultats du traitement médicamenteux sur la maladie tuberculeuse furent cependant décevants⁷⁶⁴. L'absence d'une surveillance en dehors des services de santé, pourtant non seulement nécessaire pour assurer le suivi de la prise et de l'effet des médicaments mais aussi pour fidéliser le malade, avait participé à entraver la réussite de l'antibiothérapie à domicile. Un bilan établi sur les traitements ambulatoires menés à Dakar entre 1956 et 1959 révélait ainsi qu'il avait été difficile de faire respecter les rendez-vous à certains patients du fait de l'éloignement de leur lieu de résidence⁷⁶⁵. L'utilisation de remèdes locaux avait aussi participé à une négligence du suivi du traitement par certains patients⁷⁶⁶. Ainsi, sur 1 011 patients suivis au Centre de phtisiologie, 324 (32,04%) n'en avaient tiré aucun profit car étaient décédés ou demeuraient incurables, 687 (67,93%) bénéficièrent d'une amélioration réelle et seuls 206 (20,36%), avaient retrouvé en fin de traitement, une santé complète et solide⁷⁶⁷. Durant la même période, en milieu hospitalier, seuls 13,16% des soignés n'avaient pu être guéris alors que les 72,85% restants enregistraient une guérison complète⁷⁶⁸. Un écart important existait entre le traitement hospitalier et le traitement ambulatoire. Avec les problèmes soulevés, il était devenu évident que les interventions techniques à elles seules ne pouvaient mener au contrôle du problème de la

⁷⁶³Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86, tuberculose, «Correspondance du Médecin Général Talec, Directeur Général de la santé publique au Directeur du SGHMP, au sujet de la prophylaxie de la tuberculose par stérilisation des cracheurs de bacilles à l'aide de la combinaison chimiothérapie, collapsothérapie», 1955; Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, (1920-1959), série G: rapports et administration générale, Fonds AOF, sous-série 2G: Rapports périodiques, *Rapport annuel de l'Institut d'hygiène social*, 1957.

⁷⁶⁴Edmond Tété, «Chimiothérapie et chimioprophylaxie au Centre de phtisiologie de Dakar», *Journées africaines de Pédiatrie*, (Dakar, Paris: IPS-CIE, 1960), 21.

⁷⁶⁵Maurice Rouan et Edmond Tete, «Les résultats radiocliniques obtenus par le traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire à Dakar», *Revue de tuberculose et de pneumologie* 23, 10-11, (1959): 1061.

⁷⁶⁶Tété, «Chimiothérapie et chimioprophylaxie au Centre de phtisiologie de Dakar », 23.

⁷⁶⁷Rouan et Tete, «Les résultats radiocliniques obtenus par le traitement ambulatoire de la tuberculose», 1061.

⁷⁶⁸*Ibid.*, 1061.

tuberculose et que les facteurs extra-médicaux, encore et toujours négligés, avaient une grande part à jouer dans les résultats obtenus avec le traitement⁷⁶⁹.

C'est dans ces conditions que le Ferdinand Heckenroth, médecin chef du Centre de phtisiologie de 1956 à 1958, chercha à plébisciter à nouveau une approche sociale de la prise en charge de la tuberculose à Dakar. Si, en 1955, en présentant les tâches du Centre de phtisiologie, il soutenait que le côté social du problème de la tuberculose devait juste constituer la toile de fond de ses pensées et de celles de ses confrères, et que c'était la thérapeutique qui devait retenir toute l'attention, dès 1957 il affirmait que «tout ce qui concerne la tuberculose, maladie sociale par excellence, atteint et touche le social et réciproquement⁷⁷⁰». Comment expliquer ce retournement rapide? En 1956, des enquêtes avaient été menées par le Centre de phtisiologie sur les conditions sociales et économiques dans lesquelles évoluaient les tuberculeux pulmonaires de la ville⁷⁷¹. Ces études devaient servir à trouver des renseignements qui allaient permettre de définir des moyens de lutter efficacement contre la tuberculose⁷⁷². Tout comme dans les années 1920-1930, il était question de récolter des informations sur l'âge des tuberculeux, leur religion, leur origine, leurs occupations professionnelles...⁷⁷³. On prenait les mêmes questions et on recommençait, plus de trente ans plus tard.

D'après les rapports fournis, les conditions difficiles dans lesquelles évoluaient les malades impactaient leur comportement vis-à-vis de l'observance des traitements en particulier et expliquaient en partie des rechutes très coûteuses pour la société⁷⁷⁴. Dès 1954, au moment où autorités et personnel de santé ne parlaient que des solutions biomédicales, Louis Sanner, Directeur général de la santé de l'AOF, avait tenté d'attirer l'attention sur l'importance à accorder à l'amélioration des conditions de vie matérielle et morale des tuberculeux⁷⁷⁵. Ces dernières selon lui, autant que les investissements consacrés à l'armement antituberculeux médical, devaient participer au succès de la prévention de la tuberculose⁷⁷⁶. Toutefois, il fallut une mise en évidence

⁷⁶⁹Raoult, Michel, Diouf, «Trois ans de traitement de la tuberculose», 83.

⁷⁷⁰Marcel Heckenroth et Andrée Pelleret-Issarte, «Aspects médico-sociaux de la tuberculose pulmonaire à Dakar: d'après une enquête sur 500 malades adultes africains», *Bulletin médical de l'AOF* 2, 3, (1957): 267.

⁷⁷¹*Ibid.* 267.

⁷⁷²*Ibid.*, 267.

⁷⁷³*Ibid.*, 268-279.

⁷⁷⁴Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF, Série H: santé et affaires sociales, 1916-1959, dossier 1H86, Tuberculose, «Demande de création d'un Centre d'apprentissage pour tuberculeux guéris ou en voie de guérison», le 24 mai 1956; Tété, «Chimiothérapie et chimioprophylaxie», 23.

⁷⁷⁵Sanner, «Tâches et problèmes de la santé publique en AOF», 104-105.

⁷⁷⁶*Ibid.* 105.

des effets d'une précarité socio-économique sur le suivi du traitement ainsi que le danger que l'interruption de celui-ci pouvait causer pour qu'ait été entamée une réflexion sur la question de l'assistance aux malades et leur réhabilitation professionnelle⁷⁷⁷.

En 1956, Heckenroth envisageait même la création, dans la ville de Dakar, d'un Centre de réadaptation des tuberculeux qui aurait été rattaché au Centre de phtisiologie⁷⁷⁸. Le Directeur de l'IHS n'étant cependant pas disposé à faire supporter au centre une charge budgétaire supplémentaire, le Centre ne vit pas le jour⁷⁷⁹. Malgré ses insuffisances, l'antibiothérapie ambulatoire, présentée comme d'un intérêt majeur sur le plan épidémiologique car permettant au bout de deux à trois mois la stérilisation de 70% des malades, allait continuer de demeurer, aux côtés de la vaccination, l'arme principale de lutte contre la tuberculose à Dakar⁷⁸⁰.

Notre quatrième chapitre a levé le voile sur l'incidence des relations de pouvoir entre les différents acteurs qui s'activaient autour de l'organisation, de l'exécution et de la réception de l'action médico-sanitaire à Dakar sur les discours et les pratiques autour de la santé. D'une part, concernant les Africains, leurs réactions face à la vaccination ainsi qu'au traitement confirment qu'ils n'ont pas été des acteurs passifs face à la médecine occidentale. Ils l'ont adoptée, ne délaissant pas bien sûr leurs pratiques médicales locales; en même temps, ils ont su jouer de leurs acquis politiques pour se soustraire à certaines mesures sanitaires ou encore pour se soumettre à d'autres selon des périodicités qui leur convenaient. Ils ont ainsi su pousser les autorités sanitaires, incapables d'imposer de manière absolue leur programme à parfois chercher à éviter toute situation qui pouvait entraver l'adhésion des administrés à un moment où l'empire colonial français vacille. De l'autre côté, les positionnements du personnel universitaire et de certains élus

⁷⁷⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier, 1H121, *Affaires sociales antituberculeux*, 1956, 1.

⁷⁷⁸Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, «Au sujet de la demande de création d'un Centre d'Apprentissage pour tuberculeux guéris et en voie de l'être», Dakar, 1956; Heckenroth et Issarte, «Aspects médico-sociaux de la tuberculose pulmonaire à Dakar», 278.

⁷⁷⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86, tuberculose, «Jean Martin Directeur de l'IHS au Directeur Général de la santé publique à Monsieur le Directeur Général de la santé publique», le 28 mai 1956.

⁷⁸⁰Rouan et Tete, «Les résultats radiocliniques obtenus par le traitement ambulatoire», 1061.

métropolitains face aux différentes initiatives prises, en n'étant pas toujours au diapason de ceux du personnel militaire et des autorités administratives, permet de voir que les Occidentaux ne constituaient pas une catégorie homogène partageant les mêmes visions et positions face à la colonisation en général et la médecine en particulier, et encore moins en ce qui a trait à la gestion de la tuberculose. Enfin, si l'OMS en appuyant l'utilisation des médicaments, concourut à renforcer la place de la médecine occidentale et d'une solution technique face à la tuberculose, il ressort que dans le cas particulier de Dakar à la fin de la période coloniale, elle influença peu l'organisation de la lutte antituberculeuse. La situation allait cependant changer à partir des années 1960. Faisant face à des difficultés techniques et financières, l'État du Sénégal indépendant allait lui octroyer à l'organisation un rôle considérable dans l'élaboration de son programme antituberculeux.

Chapitre 5 – La Lutte contre la tuberculose à Dakar à l'épreuve de l'indépendance: entre continuités et innovations

Au cours des années 1950, les autorités françaises firent de plus en plus face aux revendications des Africains qui aspiraient à une amélioration de leur niveau de vie et à une plus grande association à la gestion des affaires de leurs territoires respectifs⁷⁸¹. Pour éviter toute situation conflictuelle, et alléger les charges que l'Empire faisait peser sur la France, diverses concessions leur furent accordées. En 1956, grâce à la Loi Defferre qui institua un régime de semi-autonomie interne, furent installés des gouvernements locaux dirigés par des Africains élus au suffrage universel dans les différents territoires constitutifs de l'AOF⁷⁸². En 1958, les TOM avaient la possibilité d'accéder à l'autonomie tout en restant au sein de la Communauté (ancienne Union française)⁷⁸³. Les TOM qui acceptaient d'adhérer à la communauté devenaient des états membres jouissant de l'autonomie et s'administrant eux-mêmes⁷⁸⁴. Cependant les affaires communes à savoir la politique étrangère, la défense, la monnaie, la politique économique et financière ou encore l'exploitation des matières premières stratégiques, l'enseignement supérieur, entre autres, étaient administrées par la France⁷⁸⁵. La France ayant donnée aux TOM la possibilité d'adhérer à la Communauté individuellement ou en groupe, le Sénégal et le Soudan s'étaient regroupés au sein d'une Fédération appelée le Mali et avaient ainsi rejoint la Communauté⁷⁸⁶.

Dès que les Africains obtinrent plus de responsabilités, se dessina une volonté de relever les niveaux sanitaires de leurs territoires respectifs⁷⁸⁷. Toutefois, du fait que les organismes qu'ils administraient (Sénat, conseil exécutif de la Communauté) étaient en réalité sous autorité du

⁷⁸¹Cooper, *L'Afrique depuis 1940*, 120.

⁷⁸²D'Almeida-Topor, *Naissance des états africains*, 17.

⁷⁸³Cooper, *L'Afrique depuis 1940*, 156; Mbaye, *Histoire des institutions coloniales françaises en Afrique de l'ouest*, 123.

⁷⁸⁴Tout territoire qui refusait d'adhérer à la Communauté obtenait l'indépendance, mais la France lui retirait son soutien.

⁷⁸⁵Maurice Ligot, *Les accords de coopération entre la France et les États africains et malgache d'expression française*, (Paris: La Documentation française, 1964), 14.

⁷⁸⁶*Ibid.*, 14.

⁷⁸⁷Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds Vice-présidence et Présidence du Conseil (1956-1962), Dossier 345: Correspondance, Conférences et réunions «Rapport à Monsieur le vice- président du Conseil de gouvernement du Sénégal», 14 septembre, 1957.

président français, les réformes envisagées ne purent être réalisées⁷⁸⁸. Dans le cas du Sénégal, il allait falloir attendre l'année 1960, et l'accès définitif à l'indépendance, pour que le gouvernement local ait davantage de latitude pour organiser l'action médico-sanitaire. Mais il fallait aussi en avoir les moyens.

Concernant la tuberculose, différentes initiatives témoignant d'une volonté de mieux organiser la prise en charge des malades furent entreprises. Le 5 mai 1962, sous la présidence du chef du service de phtisiologie de l'hôpital Fann, le médecin français Marc Sankalé, un Comité d'action contre la tuberculose qui réunissait des médecins (phtisiologues, pédiatres, médecins scolaires, hygiénistes) chargés d'étudier et de surveiller la mise en application des objectifs définis par le gouvernement pour contrôler l'extension de la maladie vit le jour⁷⁸⁹. La même année, un projet qui visait l'augmentation des services d'accueil et par conséquent le nombre de malades hospitalisés pour deux mois⁷⁹⁰ au moins avant le début d'un traitement ambulatoire, était élaboré⁷⁹¹. Ces différentes initiatives laissaient présager meilleure organisation de l'action jusque-là entreprise contre la tuberculose et montrait en premier lieu que la prise en charge de la tuberculose faisait partie des priorités de santé du jeune état. Toutefois, une analyse des stratégies mises en œuvre à Dakar entre 1960 et 1969, période couverte par les deux premiers plans quadriennaux du gouvernement⁷⁹², laisse entrevoir que, en réalité, l'accession à l'indépendance n'entraîna pas de rupture définitive ni complète avec l'organisation sanitaire antérieure. Les séquelles de la colonisation et les difficultés économiques auxquelles le nouvel État était confronté le rendaient non seulement incapable de mener les réformes souhaitées mais aussi le plaçaient dans une situation de dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure.

L'ancienne métropole et l'OMS, dont les comités d'experts étaient dominés par des représentants de pays occidentaux favorables à une solution technique et biomédicale aux problèmes sanitaires depuis la fin des années 1940⁷⁹³, allaient largement être sollicités pour supporter différentes actions relatives à l'organisation et l'exécution du programme sanitaire du

⁷⁸⁸Cooper, *L'Afrique depuis 1940*, 120; D'Almeida-Topor, *Naissance des états africains*, 18; Marianne Cornevin, *Histoire de l'Afrique contemporaine de la deuxième guerre mondiale à nos jours*, (Paris: Payot, 1972), 216-217.

⁷⁸⁹OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, (OMS: Brazzaville, 1963), 36.

⁷⁹⁰Ces deux mois correspondaient à la durée du traitement d'attaque destiné à améliorer l'état général du malade et à le rendre non contagieux.

⁷⁹¹M. Brunel, Ph. Leproux et C. Chauvau, «La tuberculose pulmonaire au Sénégal en 1967», *Bulletin de la Société médicale d'Afrique noire de langue française*, 5, (1967): 430.

⁷⁹²L'état sénégalais avait établi des plans de développement étalés sur des durées de 4 ans avec une volonté manifeste de concentrer les moyens disponibles sur les priorités.

⁷⁹³Packard, «Post-colonial medicine», 103.

nouvel état indépendant. Cette situation, entraînant le maintien d'une partie du corps médical français qui resta avec ses idées et ses convictions et la reconduite de certaines pratiques qui avaient pourtant montré leurs limites durant l'époque coloniale, participe à expliquer la persistance du problème tuberculeux à Dakar mais aussi démontre toute la pertinence de ne pas considérer l'accession à l'indépendance comme marquant une rupture totale avec les pratiques en vigueur durant la période précédente.

Dans ce chapitre seront ainsi examinées les évolutions de la gestion de la tuberculose par l'état du Sénégal indépendant. Cela nous permettra de distinguer les pratiques et discours qui ont été hérités de la période coloniale de ceux qui étaient spécifiques au post-colonial. Réfléchir sur la construction de la lutte contre la tuberculose au tournant des années 1960 nous permet aussi d'analyser le rapport que le nouveau gouvernement allait avoir avec la gestion de la santé de ses administrés. Une partie de ceux-ci, aspirant à bénéficier de prestations médico-sanitaires meilleures, allait développer des stratégies pour se soustraire à certaines directives émises par l'autorité sanitaire destinées à les tenir à l'écart des services préférentiels offerts à Dakar et ainsi affluer vers cette ville dont les services allaient être débordés au point de ne pouvoir répondre convenablement au problème de la tuberculose. Ce qui allait pousser autorités et praticiens incapable d'appliquer une médecine autoritaire à revoir les initiatives prises. Dans un contexte où l'état colonial qui avait érigé les barrières contre une intrusion de l'OMS dans les affaires médico-sanitaires du pays n'était plus aux commandes, il s'agira en outre de voir quel rôle l'Organisation a pu jouer dans la mise en œuvre de la stratégie de lutte appliquée à Dakar à partir de 1960.

A- Une indépendance compromise

Une analyse des discours sur les causes de la tuberculose, au lendemain de l'indépendance laisse entrevoir une «reprise» de conscience de l'impact des conditions de vie sur le cours de la maladie. La promiscuité, la question de l'adaptation du migrant, l'insécurité dans l'emploi pour les non fonctionnaires sont différents éléments identifiés pour expliquer sa persistance à Dakar plus particulièrement⁷⁹⁴. Certains médecins sont même allés jusqu'à solliciter des pouvoirs

⁷⁹⁴Marc Sankalé *et al.*, «Urbanisation et santé», 86; Maurice Payet et Marc Sankalé, *Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes en Afrique de l'ouest*, (Paris: Masson et Compagnie, 1968), 191.

publics l'élaboration d'une législation assurant une protection durable de l'emploi, des possibilités de reprise à temps partiel, ou encore d'éventuels secours en espèces et en vivres aux patients pour assurer leur fidélité au traitement⁷⁹⁵. Cependant, dans le plan établi par le Gouvernement du Sénégal pour faire face à la pathologie infectieuse au début des années 1960, il n'était nullement question d'interventions socio-économiques. Le modèle établi par les autorités françaises qui reposait sur la mise en avant de produits médicamenteux avait été reconduit. Ainsi, la vaccination par le BCG et le traitement ambulatoire au moyen d'antibiotiques continuaient à constituer la base de l'intervention antituberculeuse⁷⁹⁶.

1-Un modèle reconduit

L'analyse des différentes mesures mobilisées contre la tuberculose au début des années 1960 montre que, non seulement des réformes majeures n'avaient pas été apportées à l'organisation mise en place par l'état colonial mais que, pour les gouvernants sénégalais, il n'était nullement question d'engager une stratégie antituberculeuse onéreuse. Une attention particulière était accordée au coût des différentes actions entreprises dans l'optique de choisir celles qui étaient les plus compatibles avec les moyens du pays, moyens aussi bien financiers que techniques et matériels. Toujours considérée comme l'arme antituberculeuse non seulement la plus efficace mais la moins coûteuse, la vaccination par le BCG continua dès lors à occuper une place centrale dans la lutte contre la maladie⁷⁹⁷. La disparition rapide de la sensibilité à la tuberculine et la survenue d'infections après administration du vaccin BCG constatées à la fin des années 1950 avaient d'ailleurs été mises sur le compte de la défectuosité de la technique employée, non du vaccin lui-même⁷⁹⁸.

Les différents services qui, au lendemain du second conflit mondial, avaient été chargés de la vaccination continuèrent à administrer le BCG. Le Centre de phtisiologie vaccinait ainsi les contacts des tuberculeux alors que le service du BCG du Centre de PMI de l'IHS s'occupait de

⁷⁹⁵Payet et Sankalé, *Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes*, 191.

⁷⁹⁶OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 39.

⁷⁹⁷Payet et Sankalé, *Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes*, 179.

⁷⁹⁸J. Chabal, «Introduction du Symposium sur la tuberculose pulmonaire», *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire*, 12, (1967): 390.

l'immunisation des nouveau-nés des maternités⁷⁹⁹. L'Institut Pasteur organisait également des séances de vaccination pour les enfants et les adultes. Quant aux écoliers, leur vaccination revenait à l'inspection médico-sanitaire⁸⁰⁰. Des études menées en 1966 révélèrent que très peu d'enfants dans la ville avaient été amenés spontanément au Centre de PMI pour être vaccinés et que même lorsqu'un cas de tuberculose se déclarait dans la concession, seules les «familles évoluées» faisaient vacciner leurs enfants⁸⁰¹. Pareilles attitudes furent attribuées aux multiples «dérangements» causés aux mères par l'application en des jours différents de la cuti réaction, la lecture du test et la vaccination par le BCG et le non-respect des rendez-vous par le personnel de santé qui parfois renvoyaient des mères sans que leurs enfants n'aient été vaccinés⁸⁰².

Concernant l'identification des malades, en 1960, la question du dépistage précoce avait été remise à l'ordre du jour au point où une campagne de prospection systématique avait été envisagée suite à l'acquisition de camions radiophotographiques⁸⁰³. L'idée fut néanmoins vite abandonnée car il apparut que la charge financière entraînée par l'utilisation de ces camions ne pouvait être supportée par le département de la santé⁸⁰⁴. De plus, leur fonctionnement requérait un personnel important et qualifié⁸⁰⁵. Avait ainsi été entreprise une politique qui ne militait pas en faveur de la recherche active des cas. Ainsi, pour rester dans les limites d'un modeste budget, le dépistage «passif» concernait uniquement les malades conscients de leurs symptômes et qui se présentaient spontanément aux services de santé⁸⁰⁶.

Le choix porté sur ceux-ci reposait également sur l'espoir qu'ils allaient être les patients les plus fidèles au traitement prescrit⁸⁰⁷. Concernant la méthode, le choix devait s'opérer entre l'examen bactériologique⁸⁰⁸ et la radiophotographie. Cette dernière, qui consistait à faire une capture d'une radiographie du thorax, ne nécessitait pas la présence d'un médecin et fournissait

⁷⁹⁹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds de la Fédération du Mali (1959-1963), dossier 54: Fonctionnement des hôpitaux et des unités médicales, Jean Sénecal et L. Aubry «Le problème des vaccinations de l'enfant en Afrique, 1959-1960», 1960, 8.

⁸⁰⁰Sénecal et L. Aubry «Le problème des vaccinations de l'enfant en Afrique», 7.

⁸⁰¹S. Dauchy et R. Baylet, «Comportement du malade tuberculeux et de sa famille. Enquêtes menées à Dakar par les étudiants de médecine de 5^e année», *Bulletin de la Société médicale d'Afrique noire*, 12, (1967): 451.

⁸⁰²*Ibid.*, 453.

⁸⁰³Il s'agit de camions équipés qui permettaient de déplacer les dispositifs de dépistage et ainsi de faire de la prospection de masse.

⁸⁰⁴Brunel, Leproux et Chauvau, «La tuberculose pulmonaire au Sénégal en 1967», 431.

⁸⁰⁵*Ibid.*, 431.

⁸⁰⁶Payet et Sankalé, *Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes*, 202.

⁸⁰⁷*Ibid.*, 183.

⁸⁰⁸Il consistait à l'examen direct au microscope du crachat pour y rechercher les bacilles tuberculeux.

des documents excellents et faciles à conserver⁸⁰⁹. Toutefois, elle n'était pas sans danger car la radiographie nécessitait de projeter à travers le corps des rayons X pour obtenir une image de la partie à examiner. Se posait ainsi la question de l'incidence de ces radiations sur le corps. Du fait de leur prix de revient élevé, leur usage avait été limité aux centres détenant le matériel nécessaire⁸¹⁰. Malgré sa faible rentabilité car ne pouvant permettre de détecter une tuberculose pulmonaire qu'à la condition d'une présence importante de bacilles dans le crachat, la méthode bactériologique, d'un prix de revient moins élevé et dont l'exécution était simple et à la portée du personnel infirmier local, avait par contraste été instituée dans la plupart des services de santé⁸¹¹.

Pour ce qui était de l'hospitalisation, elle était réservée aux cas spéciaux réclamant des examens et des soins particuliers. Il s'agissait des patients qui avaient des chances de guérir ou ceux chez qui le traitement d'origine n'avait pas marché et qui devaient soit recevoir un traitement chirurgical soit être soumis à une thérapie de relais⁸¹². Ce choix semblait se justifier car une évaluation faite en 1963 montrait que pour pouvoir hospitaliser tous les tuberculeux de Dakar, il aurait fallu deux mille lits et leur entretien aurait nécessité des sommes astronomiques⁸¹³. Même une hospitalisation d'une durée de deux mois se révélait impossible car nécessitant 328 lits alors que la ville n'en disposait que de 125⁸¹⁴. Certes, en janvier 1960, c'est-à-dire juste quelques mois après l'accession à l'indépendance, un projet de loi tendant à la création de formations hospitalières spéciales, pour la lèpre et la tuberculose avait été déposé à l'Assemblée nationale par le médecin sénégalais Ibra Mamadou Wane qui était alors député⁸¹⁵. La loi ne fut toutefois pas adoptée. Aussi dans le programme établi en 1962 avait été proposée, pour solutionner la question de l'insuffisance des lits, soit l'utilisation de bâtiments désaffectés tels les anciens lazarets soit la construction d'édifices nouveaux⁸¹⁶. Cependant, l'OMS, sur qui

⁸⁰⁹Brunel, Leproux et Chauvau, «La tuberculose pulmonaire au Sénégal en 1967», 431.

⁸¹⁰Payet et Sankalé, *Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes*, 177; Brunel, Leproux et Chauvau, «La tuberculose pulmonaire au Sénégal en 1967», 430.

⁸¹¹Ph. Leproux *et al.*, «Devenir des tuberculeux pris en charge par le Centre de phthisiologie de Dakar (étude critique, avec trois ans de recul, de 1191 dossiers)», *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française* 3, 6, (1963): 715; Paul Baylet. «Les expériences de lutte antituberculeuse dans les pays en voie de développement (expérience sénégalaise)», *Afrique médicale*, 78, (1970): 202.

⁸¹²Les traitements de relais font référence à une thérapeutique qui repose sur l'utilisation de médicaments autres que ceux utilisés dans le traitement standard : Leproux *et al.* «Devenir des tuberculeux», 723.

⁸¹³Baylet, «Les expériences de lutte antituberculeuse», 202.

⁸¹⁴*Ibid.*, 202.

⁸¹⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds Fédération du Mali (1959-1963), dossier 54, Santé, «Procès-verbal de la Réunion des acteurs de la santé du Mali», janvier 1960.

⁸¹⁶Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds Fédération du Mali (1959-1963), dossier 54, Santé, «Procès-verbal de la Réunion des acteurs de la santé du Mali», janvier 1960

l'état comptait et qui était contre l'édification de services spécialisés dans les pays en développement, n'avait pas approuvé le projet. En outre, les frais de fonctionnement d'un lit étaient considérés comme étant l'équivalent de pas moins de trois cent traitements ambulatoires⁸¹⁷. N'étaient par conséquent internés qu'un nombre restreint de tuberculeux.

Par conséquent, le traitement ambulatoire non surveillé avait été maintenu, malgré les nombreuses insuffisances du système notées à la fin des années 1950⁸¹⁸. 85% des cas y étaient ainsi soumis et le traitement durait environ un an⁸¹⁹. En plus du service de consultations externes de l'Hôpital Aristide le Dantec (anciennement HCI puis HCA), du Centre de phtisiologie de l'IHS et d'un réseau assez dense de dispensaires, la ville était dotée en 1960 d'un service de pneumo-phtisiologie, installé au Centre hospitalier universitaire de Fann (120 lits)⁸²⁰. Ce dernier avait été conçu en 1959 pour prendre en charge les soins aux malades aigus justiciables d'un traitement actif de durée relativement courte⁸²¹. Bien que les médecins qui y officiaient ne fussent généralement pas des spécialistes, le Centre de PMI dispensait également des traitements aux enfants⁸²². Concernant, la pratique du placement des enfants qui consistait à séparer les nourrissons de leurs mères tuberculeuses et qui avait été entamée vers la fin des années 1950, elle avait été abandonnée. En effet, dans l'optique de leur éviter les conséquences plus graves d'une malnutrition consécutive à un sevrage précoce, ces enfants étaient autorisés à accompagner leurs mères hospitalisées⁸²³. Toutefois, ils étaient soumis à une chimioprévention⁸²⁴. Cette organisation de l'action contre la tuberculose devait beaucoup à différents paramètres parmi lesquels les limites budgétaires du pays et l'association de la France et de l'OMS à la prise en charge de la tuberculose.

⁸¹⁷ Baylet, «Les expériences de lutte antituberculeuse», 202

⁸¹⁸ Leproux *et al.*, «Devenir des tuberculeux pris en charge par le Centre de phtisiologie de Dakar», 715; Baylet, «Les expériences de lutte antituberculeuse », 202.

⁸¹⁹ Baylet, «Les expériences de lutte antituberculeuse », 202.

⁸²⁰ Organisme de coordination et de coordination pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE), *Rapport final de la 9^e conférence technique de l'OCCGE*, (Bobo Dioulasso: OCCGE, 1969), 598.

⁸²¹ Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds AOF (1920-1959), Série H: santé et affaires sociales (1920-1959), dossier 1H86: tuberculose, *Construction d'un dispensaire antituberculeux à la polyclinique de Roume à Dakar: correspondance, plans*, 1954.

⁸²² OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 33.

⁸²³ A. Kane, «Rôle de l'ASLAT dans la lutte contre la tuberculose», *Bulletin du Comité national pour l'action sociale*, 1, (1969): 799.

⁸²⁴ C'est-à-dire à l'administration d'antituberculeux pour prévenir une infection. Voir Kane, «Rôle de l'ASLAT dans la lutte contre la tuberculose», 799.

2-Face aux défis de l'indépendance

En 1960, à l'heure de son accession à l'indépendance, le Sénégal était classé parmi les pays sous-développés. Cette situation fut attribuée à plusieurs facteurs. Avec une économie qui était essentiellement tournée vers les besoins de la métropole française et l'absorption de la production de cette dernière, l'ancienne colonie n'avait pas été préparée à l'autonomie⁸²⁵. Le morcellement du marché de l'ancienne AOF créée en 1895, consécutif à l'éclatement de la Fédération, avait également eu comme conséquence la réduction des échanges et du pouvoir d'achat du pays qui eut ainsi du mal à assurer les dépenses publiques entraînés par la souveraineté⁸²⁶. Aussi, le fléchissement considérable du prix des matières premières et une augmentation du prix des produits manufacturés importés dès le lendemain de l'indépendance contribuèrent à la précarisation du niveau économique du pays⁸²⁷. Une fois aux commandes du pays, les autorités nationales s'étaient par conséquent fixé comme objectif principal de faire sortir le pays le plus rapidement possible de sa situation de sous-développement⁸²⁸. Bien que l'amélioration du niveau de santé de la population fût envisagée comme faisant partie des solutions pour améliorer l'activité humaine, elle n'était plus pensée comme un des moyens essentiels d'atteindre le développement économique. Au contraire, c'est de ce dernier qu'il était attendu une amélioration de l'état sanitaire du pays⁸²⁹. En conséquence, les premiers investissements d'envergure avaient été affectés à la production agricole, à l'industrie, à la création d'infrastructures ou encore à la formation professionnelle et à la recherche expérimentale, domaines considérés comme des secteurs directement productifs⁸³⁰.

Par ailleurs, le gouvernement sénégalais avait repris à sa charge les différents services qui avaient été créés pour servir l'ancien état fédéral de plus de vingt millions d'habitants et intégré

⁸²⁵Voir chapitre 2.

⁸²⁶Sénégal, Ministère du plan et du développement, *Deuxième plan quadriennal de développement économique et social (1964-1969)*, (Dakar : Ministère du plan, 1965), 41; Samir Amin, *L'Afrique de l'ouest bloquée*, (Paris: Editions de Minuit, 1971), 158.

⁸²⁷Pour illustrer cette détérioration, Marianne Cornevin estimait ainsi, dans son ouvrage intitulé *Histoire de l'Afrique contemporaine de la deuxième guerre mondiale à nos jours* (Paris, Payot, 1972), que, en 1959, au Sénégal, 763 000 tonnes d'arachides auraient rapporté 28,5 millions de Francs CFA alors qu'en 1965, seulement 31,5 millions de francs CFA furent tirées de la commercialisation de 1 499 000 tonnes.

⁸²⁸Hesseling, *Histoire politique du Sénégal*, 183.

⁸²⁹Marc Sankalé, «Note sur l'actualité sanitaire en Afrique: du désenchantement au réalisme», *Présence africaine*, 124, (1982): 6.

⁸³⁰Sénégal, Dakar, Archives nationales, Ministère du plan, du développement et de la coopération technique, *Premier plan de développement économique*, (Dakar: Ministère du plan, 1961), 16-21.

les fonctionnaires sénégalais qui auparavant servaient dans d'autres colonies⁸³¹; ce qui participa largement à alourdir les dépenses publiques. Pour rendre la situation plus complexe encore, l'état sénégalais s'était engagé à faire porter les frais d'assistance médicale gratuite entièrement par le budget national⁸³². Les municipalités et les départements, incapables de survivre par leurs ressources propres, ne pouvaient en réalité lui être d'aucun secours dans l'exécution de son programme sanitaire⁸³³.

La conséquence principale de ces contextes entremêlés fut que les sommes destinées à l'action médico-sanitaire furent très limitées et en baisse constante durant le premier plan quadriennal du gouvernement (1961-1964). En 1960, 8,21% des finances du pays étaient attribuées à la santé⁸³⁴. En 1961, ces ressources passèrent à 7,4% pour atteindre en 1962, 5,6% du budget⁸³⁵. Dans ces fonds, la part allouée au personnel était de loin la plus importante, avec 60% des crédits alloués à la santé, une proportion somme toute assez similaire à celle qui existait pendant la période coloniale⁸³⁶. Pour toutes ces raisons, il fallait, une fois encore, organiser la lutte contre la tuberculose en s'appuyant sur les mesures les moins coûteuses. Et même à cela, le gouvernement sénégalais avait dû faire appel à l'assistance d'acteurs aussi diversifiés que le Fonds européen ou encore le Canada⁸³⁷ dont le soutien était recherché pour le dépistage de la tuberculose et la construction d'un pavillon pour tuberculeux au Centre hospitalier universitaire de Fann⁸³⁸. L'indépendance avait au moins cet avantage: ayant consacré la fin du monopole de la France, le Sénégal pouvait solliciter l'aide d'autres bailleurs de fonds. Reste que, l'insuffisance de l'aide parfois reçue par rapport aux besoins du pays avait poussé le gouvernement à multiplier

⁸³¹Seck, *Dakar métropole ouest africaines*, 14; William B. Cohen, «A century of modern administration from Faidherbe to Senghor», *Civilisations* 20, 1, (1970): 46; Pierre Biarnès, «Les charges de la fonction publique pèsent lourdement sur les finances du Sénégal», *Le Monde*, 5 Janvier 1965, https://www.lemonde.fr/archives/article/1965/01/05/les-charges-de-la-fonction-publique-pesent-lourdement-sur-les-finances-du-senegal_2187558_1819218.html.

⁸³²Marc Sankalé, *Médecins et action sanitaire en Afrique noire*, (Paris: Présence africaine, 1969), 108.

⁸³³*Ibid.*, 108.

⁸³⁴OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 13; Marc Sankalé, *Le fait hospitalier dans les pays africains en voie de développement*, (Dakar: OMS, 1963), 2-3.

⁸³⁵OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 13; Sankalé, *Le fait hospitalier*, 2-3.

⁸³⁶Marc Sankalé, «La place de l'action sanitaire dans le développement», *Afrique Documents*, 87, (1966): 173.

⁸³⁷A partir de 1960, le Canada incluait progressivement les pays africains parmi les bénéficiaires de l'aide publique initialement réservée à des pays asiatiques. Pour plus d'information voir entre autres: David Morrison, *Aid and ebb. A history of CIDA and Canadian development assistance*, (Waterloo: Wilfried Laurier Press, 1998); François Audet, Marie-Ève Desrosiers et Stéphane Roussel, *L'aide canadienne au développement*, (Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2008).

⁸³⁸République du Sénégal, *Fonds d'aide et de coopération: Équipements sociaux, République du Sénégal*, (Dakar: Ministère du plan, 1961), 1-2; *Préparation du IIIE plan: sous-secteur santé et affaires sociales*, (Dakar: Ministère du plan, 1968), 9.

les partenaires sans pour autant pouvoir honorer des offres de constructions de structures sanitaires nouvelles qui n'auraient fait que créer des frais supplémentaires de fonctionnement pour son budget familial⁸³⁹.

3-La France, toujours aux commandes

Les deux principaux intervenants dont les influences furent déterminantes dans l'organisation et l'exécution du programme médico-sanitaire du Sénégal à partir de 1960 furent la France et l'OMS. Bien qu'il y ait eu transfert de compétences en 1960, la France continua à être sollicitée par les autorités sanitaires sénégalaises qui avaient du mal à prendre la relève. Entre 1946 et 1958, la France assurait en fait la majeure partie des fonds engagés pour financer l'effort d'équipement social et économique des différents territoires de l'Union française⁸⁴⁰. Elle fournissait aussi 70% de leurs dépenses publiques ainsi que la totalité du paiement des salaires des magistrats et des gouverneurs⁸⁴¹. Quant aux différents services administratifs ils étaient, en 1958, encore majoritairement conduits par les Français⁸⁴². Arrivé le temps de l'indépendance, certains parmi les nouveaux pays indépendants qui faisaient face à des insuffisances financières prirent conscience de l'impossibilité de supporter la charge de toutes les fonctions antérieurement assurées par l'ancienne métropole. Dès lors se développa un besoin de bénéficier du soutien de cette dernière et cette quête d'assistance allait rencontrer le besoin de la France de maintenir son influence sur ses anciennes colonies, de bénéficier d'une position privilégiée dans l'accès à leurs marchés et à leurs matières premières et, d'entretenir le rayonnement de sa civilisation et de sa science⁸⁴³.

En 1959 fut ainsi signée la première convention entre la Fédération du Mali d'une part et la France de l'autre⁸⁴⁴. Lorsque la Fédération fut dissoute, le 20 août 1960, s'était juste opéré un transfert des droits et des obligations de l'ancienne Fédération au Sénégal moyennant des

⁸³⁹République du Sénégal, *L'hygiène et la santé dans le plan quadriennal de la République du Sénégal*, (Dakar: Ministère du plan, 1962), 15.

⁸⁴⁰Deschamps, *L'Union française*, 150.

⁸⁴¹Hayter, «French aid to Africa- its scope and achievements», *International Affairs* 41, 2, (1965): 240.

⁸⁴²*Ibid.*, 239.

⁸⁴³Hayter, «French aid to Africa», 236; Gordon Cumming, *Aid to Africa: French and British policies from the Cold War to the New Millennium*, (Ashgate: Burlington, 2001), 1.

⁸⁴⁴Ligot, *Les accords de coopération entre la France et les États africains*, 21.

adaptations sur certaines questions⁸⁴⁵. Suivant ces conventions, la France s'engageait à fournir au Sénégal une assistance financière et économique, à l'accompagner dans la création d'une armée nationale ou encore dans la conduite de ses politiques étrangère et monétaire⁸⁴⁶. L'aide financière de la France continuait à s'opérer à travers le Fonds d'aide et de coopération (FAC), créé en 1959⁸⁴⁷. Dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, l'aide apportée par le FAC comportait notamment la fourniture de matériel médical, de médicaments, de pansements, de carburant ou encore de lubrifiants et de pneumatiques destinés aux équipes mobiles⁸⁴⁸.

Les accords signés avec la France impliquaient également une assistance technique qui se traduisit par l'envoi à l'ancienne colonie d'un personnel chargé d'assurer le fonctionnement des entreprises et des services publics et, de préparer leur remplacement par la population locale⁸⁴⁹. Ces accords permettaient de maintenir le recours à des médecins français au Sénégal alors que, dès 1958, les autorités sénégalaises faisaient part de leur inquiétude par rapport à la rareté du personnel africain diplômé d'état. Au moment de l'indépendance, l'africanisation des cadres revendiquée au milieu des années 1950 par les élites politiques locales était encore que très incomplète en 1960⁸⁵⁰. En effet, si en 1958 la quatrième année des études nécessaires à l'obtention du titre de médecin avait été ouverte, ce ne fut qu'à partir de la rentrée de 1960 que le cycle complet des études médicales y fut enseigné⁸⁵¹. Pour compléter leur cursus, les étudiants autochtones devaient jusque-là se rendre en France⁸⁵². Cependant craignant que ces étudiants ne soient contaminés par des idées d'autonomie, la métropole avait veillé à limiter le nombre des ayant-droit au financement nécessaire pour poursuivre ces études dans les universités françaises⁸⁵³.

⁸⁴⁵Ligot, *Les accords de coopération entre la France et les États africains*, 30.

⁸⁴⁶Térèse Hayter, *French Aid* (Londres: Overseas Development Institute, 1966), 142.

⁸⁴⁷*Ibid.*, 39-40.

⁸⁴⁸République du Sénégal, *Fonds d'aide et de coopération: équipements sociaux*, (Dakar: Ministère du plan, 1961), 5.

⁸⁴⁹Ligot, *Les accords de coopération entre la France et les États africains*, 103; Commission d'étude de la politique de coopération avec les pays en voie de développement, *French Aid: the Jeanneney Report, an abridged translation of La politique de coopération avec les pays en voie de développement*, (Londres: Overseas Development Institute, 1964), 64; D'Almeida-Topor, *Naissance des états africains*, 41.

⁸⁵⁰Francis G. Snyder, «Health policy and the Law in Senegal», *Osgoode hall law journal* 11, 1, (1973): 13.

⁸⁵¹Payet, «Historique de l'organisation de la médecine», 407; Marc Sankalé et Pierre Pène, «Médecine sociale au Sénégal», *Dossiers Africains: suppléments d'Afrique. Documents*, 1, (1960): 174.

⁸⁵²A. Sar, I. Fofana et K. Banny, «Esprit et situation de l'enseignement en Afrique noire», *Présence africaine*, 11, (1956): 75.

⁸⁵³Payet, «Historique de l'organisation de la médecine en Afrique», 406.

Le Sénégal se retrouvait ainsi, au moment de l'accession à la souveraineté, avec un déficit majeur en ressources humaines et d'abord en médecins autochtones⁸⁵⁴. Cette situation ne lui était pas spécifique. Dès 1959, à la conférence inter-états des ministres de la Santé publique de l'ex-AOF et du Togo réunis à Bobo-Dioulasso (Haute-Volta, Burkina Faso actuel) les 28 et 29 octobre, les autorités africaines considérant les difficultés rencontrées dans le recrutement du personnel médical et demandaient officiellement au gouvernement de la République française de les assister pour le recrutement de médecins français⁸⁵⁵. Les médecins de l'assistance technique pour l'outre-mer qui étaient en AOF de 320 en 1953 passèrent ainsi à près de 600 en 1960⁸⁵⁶. Pour ce qui est du Sénégal, le Département de la santé publique comptait en 1964 133 médecins dont seulement 59, moins de la moitié, étaient originaires du pays⁸⁵⁷. Et n'étaient pas compris dans ces effectifs le personnel de la Faculté de médecine et de pharmacie ni celui de l'Hôpital principal dont l'administration et la gestion relevaient encore de la République française⁸⁵⁸. Dans l'optique de maintenir à l'Université de Dakar un enseignement identique à celui administré en France sa gestion et son administration avaient en outre été confiées, en vertu de l'accord conclu le 5 août 1962, à la République française⁸⁵⁹. Quant à l'Hôpital principal, la France ne le restitua au Sénégal qu'en 1971⁸⁶⁰.

L'assistance de l'ancienne métropole était aussi recherchée pour l'organisation de l'action médico-sanitaire. La centralisation de la gestion des services de santé entre les mains d'un personnel médical français pendant la colonisation avait en effet aussi tenu les Africains loin des instances décisionnelles et une relève locale n'avait pas été préparée pour mener les réformes. Pour cette raison, le gouvernement sénégalais avait aussi dû recourir à l'expertise française pour l'établissement des textes et des programmes de gestion des services de santé. Le 7 juin 1962 une demande était adressée en ce sens au Ministre de la santé publique de France afin que ce dernier

⁸⁵⁴Sankalé, «La place de l'action sanitaire dans le développement», 171.

⁸⁵⁵Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds Vice-présidence et Présidence du Conseil (1956-1962), dossier 345: Correspondance, Conférences et Réunions, «Conférence des ministres de la santé des États dans la Communauté de l'ex-AOF, Bobo Dioulasso», 1959, 5.

⁸⁵⁶Sankalé, «Souveraineté nationale et problèmes sanitaires internationaux», 45.

⁸⁵⁷Sankalé, *Médecins et action sanitaire en Afrique noire*, 268.

⁸⁵⁸Jean-Claude Cuisinier-Raynal, «L'Hôpital principal de Dakar à l'époque de l'AOF de 1895 à 1958», dans *AOF: réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Charles Becker, Saliou Mbaye et Ibrahim Thioub, eds. (Dakar: Direction des Archives du Sénégal, 1997), 1190; André Carayon, «L'Hôpital principal de Dakar: plus d'un siècle d'histoire (1880-2000)», *Médecine tropicale*, 60, (2000): 13; Claude Chippaux, «Le Service de santé des troupes de Marine», *Médecine tropicale* 40, 6, (1980): 622; Ligot, «Les accords de coopération», 104.

⁸⁵⁹D'Almeida-Topor, *Naissance des états africains*, 39-40.

⁸⁶⁰Cuisinier-Raynal, «L'Hôpital principal de Dakar», 1190; Carayon, «L'Hôpital principal de Dakar», 13.

envoie un représentant en vue d'étudier le fonctionnement du CHU de Fann⁸⁶¹. L'institut Pasteur continuait également à jouer un rôle significatif. D'après une convention établie avec le gouvernement sénégalais, l'Institut, reconnu comme «association d'utilité publique», pouvait continuer sa mission d'assistance technique en matière de recherche et d'applications pratiques dans son établissement de Dakar⁸⁶². Son directeur était membre du Comité consultatif national de la santé et des affaires sociales du Sénégal et était consulté pour l'ensemble des questions ayant trait à la prévention et à l'épidémiologie des maladies infectieuses⁸⁶³. Par le biais de son personnel qui occupait des fonctions d'enseignement à la Faculté de médecine de Dakar, l'Institut continuait également à participer à la formation du personnel local⁸⁶⁴.

Se fit ainsi le maintien d'une présence française dans les différents services administratifs et exécutifs reliés à la gestion de la santé publique. Et si l'état français, pour des raisons de facilité de réintégration professionnelle, souhaitait que la durée du service à l'étranger ne dura pas plus de deux ou trois ans, le gouvernement sénégalais, lui, préférait retenir le personnel qui avait été en service depuis la période coloniale car le considérant comme mieux intégré dans la société sénégalaise et par conséquent le plus compétent⁸⁶⁵. La conséquence fut la continuation de pratiques en vigueur durant la période coloniale. Concernant l'enseignement médical dispensé à Dakar, le programme était conforme aux normes appliquées en France et dirigé vers la médecine curative⁸⁶⁶, ce qui participe à expliquer le peu d'attention accordée aux facteurs socio-environnementaux dans la lutte contre la tuberculose.

Ce ne fut cependant pas l'unique facteur explicatif de cette situation perdurante puisque la construction des stratégies destinées à limiter l'expansion de l'infection tuberculeuse, au Sénégal en général et à Dakar en particulier au courant des années 1960, furent aussi marquées par une plus grande implication de l'OMS. Or, le Comité d'experts de la tuberculose de l'Organisation, tout en reconnaissant que le relèvement des niveaux de vie des populations contribuaient

⁸⁶¹Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds Vice-présidence et Présidence du Conseil (1956-1962), dossier 345: Correspondance, Conférences et Réunions, «Le ministre de la santé par intérim du Sénégal au Ministre de la santé publique de la République française», 7 juin 1962.

⁸⁶²Sénégal, Dakar, Archives nationales, Fonds Vice-présidence et Présidence du Conseil (1956-1962), dossier 345: Correspondance, Conférences et Réunions, «Convention concernant l'Institut Pasteur de Dakar», 1962.

⁸⁶³*Ibid.*, 1962.

⁸⁶⁴*Ibid.*, 1962.

⁸⁶⁵Rita Cruise O'Brien, «Colonisation to co-operation? French technical assistance in Senegal», *The Journal of Development Studies* 8, 1, (1971): 47-48; Teresa Hayter, «French aid to Africa », 243.

⁸⁶⁶OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 20; Snyder, «Health policy and the law in Senegal», 20.

largement au recul de la tuberculose, continuait à être favorable à l'utilisation des médicaments qui selon lui étaient très efficaces⁸⁶⁷. Et comme l'a fait remarquer Didier Fassin, pour obtenir l'aide internationale, les gouvernements indépendants savaient bien qu'ils devaient donner au moins l'impression de se conformer aux recommandations internationales⁸⁶⁸.

4- Vers une plus grande implication de l'OMS

Bien que conscientes que l'aide de l'OMS ne pouvait être qu'un complément de l'effort national, les autorités sénégalaises avaient dû largement y recourir⁸⁶⁹. Une analyse des différentes étapes constitutives du plan de lutte contre la tuberculose au Sénégal en général, et à Dakar en particulier entre 1960 et 1969 laisse entrevoir une volonté des autorités sanitaires de suivre à la lettre les recommandations de l'OMS. L'Organisation finit ainsi par obtenir ce qui lui fut refusé par les autorités françaises à savoir une plus grande implication dans l'élaboration et l'organisation d'un programme antituberculeux local.

Au cours des années 1950, l'expérience avait démontré que dans les pays en développement où avaient été initiées des tentatives de prise en charge de la tuberculose selon les moyens utilisés par les pays développés (services spécialisés, campagnes de masse, utilisation de médicaments aux prix élevés tels la rifampicine ou le pyrazinamide), les résultats avaient été décevants et la maladie n'avait pas enregistré de recul net⁸⁷⁰. Dès lors apparut qu'il fallait, dans les pays aux ressources limitées, adapter la lutte contre la tuberculose aux moyens disponibles et ainsi s'appuyer sur les services généraux de santé publique au lieu de créer des structures sanitaires uniquement dédiées à la prise en charge de la maladie. Or, à partir de 1955, des études cliniques menées en Inde par l'OMS, le Centre de chimiothérapie de la tuberculose de Madras et le Conseil de la recherche médicale (MRC) avaient démontré qu'il était possible avec uniquement l'administration à domicile de médicaments pendant un temps assez long de guérir la

⁸⁶⁷Suisse, Genève, Archives de l'OMS, WHO technical report series, n°195, *Expert committee on tuberculosis, seventh report*, 1960, 3.

⁸⁶⁸Fassin, «L'internationalisation de la santé», 98-99.

⁸⁶⁹Sénégal, Ministère du plan et du développement, *Premier plan quadriennal de développement économique et social*, (Dakar: Ministère du plan, 1961), 18.

⁸⁷⁰Mario C. Raviglione et Antonio Pio, «Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001», *The Lancet*, 359, (2002): 776.

tuberculose⁸⁷¹. Ces études avaient ainsi fait tomber le mythe de l'hospitalisation qui rendait le coût de la lutte contre la tuberculose hors de portée de certains pays. En plus de l'expérience de Madras, l'OMS avait mené dans différents pays d'Asie et d'Afrique une série d'enquêtes qui lui avaient permis d'accumuler des connaissances sur les principaux aspects épidémiologiques de la maladie tuberculeuse dans les pays en développement⁸⁷². Dès 1959, son Comité d'experts de la tuberculose avait entrepris d'encourager et à soutenir les pays aux ressources limitées à élaborer des plans de lutte qui allaient prendre en considération leurs moyens aussi bien financiers que techniques.

L'OMS avait ainsi recommandé l'organisation, dans les différents pays concernés, de programmes nationaux de lutte contre la tuberculose⁸⁷³. Ces derniers devaient se traduire par une continuité et une extension à l'échelle nationale de la lutte contre la tuberculose⁸⁷⁴. Il s'agissait ainsi de ne plus mener des actions sporadiques (campagnes de vaccinations de masse ponctuelles par exemple) ou encore de circonscrire dans les services de santé le traitement de la tuberculose. La gestion du problème tuberculeux devait aussi être pensée comme partie intégrante du programme général de santé publique et les services chargés de l'exécution devaient être intégrés dans les structures sanitaires déjà existantes⁸⁷⁵. Le dépistage de la maladie dans les communautés les plus atteintes, la vaccination par le BCG et le traitement médicamenteux des malades furent donc arrêtés comme mesures phares de l'action antituberculeuse. C'était ainsi par l'évaluation du nombre de malades dont le traitement aurait été mené à bien au cours de l'année et le nombre de personnes vaccinées que le Comité pensait pouvoir jauger l'efficacité d'un pays donné⁸⁷⁶. Le choix porté sur la vaccination fut justifié par son coût relativement peu élevé, son administration facile, le caractère négligeable des inconvénients qu'elle entraînait et la protection considérable qu'elle conférait⁸⁷⁷. C'était donc en faveur de la bonne exécution de ces différentes interventions biomédicales qu'allait se faire l'aide apportée au Sénégal par l'Organisation qui s'était engagée à

⁸⁷¹Amrith, *Decolonizing international health*, 150, 153; OMS, *Action internationale contre la tuberculose*, 16; Raviglione et Pio, «Evolution of WHO policies», 776.

⁸⁷²OMS, *Action internationale contre la tuberculose*, 16.

⁸⁷³OMS, *Action internationale contre la tuberculose*, 16.

⁸⁷⁴Suisse, Genève, Archives de l'OMS, WHO technical report series, n°195, *Expert committee on tuberculosis, seventh report*, 12.

⁸⁷⁵*Ibid.*, 13-14.

⁸⁷⁶Suisse, Genève, Archives de l'OMS, Série de rapports techniques, n°290, *Comité experts OMS de la tuberculose, huitième rapport*, 1964, 19.

⁸⁷⁷Suisse, Genève, Archives de l'OMS, WHO technical report series, n°195, *Expert committee on tuberculosis, seventh report*, 10.

assister les pays en voie de développement dans leur approvisionnement en médicaments antituberculeux et la formation du personnel local impliqué à l'application des différentes actions techniques de leur programme national⁸⁷⁸.

En mai 1962, dans le but de montrer sa volonté de se conformer au plan établi par le Comité d'experts et, par la suite d'être en mesure de solliciter son assistance, le Ministre de la santé du Sénégal envoyait à l'Organisation son plan de lutte antituberculeux⁸⁷⁹. Celui-ci reposait sur des enquêtes de morbidité dans les milieux faciles à toucher (écoles, armée, entreprises, fonctionnaires), l'utilisation d'équipes mobiles (trois camions radio) pour le dépistage, l'hospitalisation courte de deux mois suivi de traitement ambulatoire et la vaccination des enfants de moins de 14 ans⁸⁸⁰. Une fois son programme envoyé à l'OMS, le Sénégal sollicita l'organisation la même année pour obtenir des conseils en faveur d'une meilleure organisation de son plan de lutte antituberculeux. L'équipe consultative envoyée, constituée du médecin Jean-Jacques Paviot, d'un statisticien et d'une infirmière put ainsi évaluer l'organisation envisagée ainsi que les services et les moyens techniques disponibles. Elle fit ainsi ressortir les limites du plan mis en place à savoir l'absence d'une législation relative à la déclaration de la maladie, l'inexistence au niveau administratif d'un département responsable de la tuberculose et l'insuffisance du personnel spécialisé⁸⁸¹.

De l'avis du Comité d'experts de la tuberculose, un programme national devait utiliser des moyens de diagnostics sûrs et des mesures thérapeutiques et préventives à la fois efficaces et peu coûteuses mais, au préalable, il fallait une évaluation correcte de la situation épidémiologique⁸⁸². Avec l'aide de l'Organisation était ainsi menée en 1962 une prospection dans la banlieue dakaroise⁸⁸³. Celle-ci servit également de prétexte pour évaluer la sensibilité à la tuberculine de la population et évaluer la proportion de la population ayant bénéficié de la vaccination par le BCG⁸⁸⁴. Aussi, le Comité d'experts ayant décrété en 1960 que l'élimination de la tuberculose comme problème de santé publique ne pouvait être considérée comme effective qu'à la condition que la proportion des sujets naturellement allergiques à la tuberculine chez les enfants de moins

⁸⁷⁸Suisse, Genève, Archives de l'OMS, WHO technical report series, n°195, *Expert committee on tuberculosis, seventh report*, 14-15.

⁸⁷⁹OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 39.

⁸⁸⁰*Ibid.*, 39.

⁸⁸¹*Ibid.*, 30.

⁸⁸²OMS, *Action internationale contre la tuberculose*, 16-17.

⁸⁸³OMS, *A tuberculin sensitivity survey in Dakar, Senegal*, (OMS: Brazzaville, 1963), document non paginé.

⁸⁸⁴OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 50-56.

de 14 ans ne tombe en dessous de 1%, ce fut à cette catégorie de la population que les autorités sanitaires destinèrent les différentes campagnes de vaccinations envisagées entre 1962 et 1967⁸⁸⁵. Il paraît ainsi évident que pour obtenir l'assistance nécessaire, le Sénégal avait dû parfois se conformer aux programmes et directives établis par les différents acteurs externes sollicités. Ce qui participa largement à structurer l'orientation de l'action menée contre la tuberculose entre 1960 et 1969. Cependant, malgré l'organisation mise en place, la tuberculose continuait à se développer dans la ville de Dakar, poussant certains praticiens à se poser la question à savoir si ce n'était pas les prospections plus poussées et plus décentralisées qui avaient entraîné une augmentation enregistrée des statistiques⁸⁸⁶.

B- A l'épreuve des limites de la thérapeutique et de niveaux de santé variés

L'une des obstacles majeurs auxquels les phtisiologues de Dakar eurent à faire face à partir des années 1960 fut une augmentation continue des résistances du bacille de Koch aux médicaments antituberculeux utilisés. S'était également posé à eux le problème du décalage énorme qui existait entre les moyens humains et financiers du Centre de phtisiologie et le nombre important de malades qu'il recevait. Ces deux situations, limitant les résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose, allaient pousser les médecins à revoir leur plan de lutte contre la tuberculose.

1-Des traitements aux effets limités

À Dakar, en 1963, une évaluation de l'antibiothérapie menée à domicile révélait que sur mille tuberculeux pris en charge dans la ville, avaient été enregistrés 55,5% de bons résultats⁸⁸⁷, 36,4% de rechutes et 8,1% de décès⁸⁸⁸. Différents facteurs participaient à expliquer les résultats obtenus. Ces insuffisances du traitement étaient dues, en partie, au défi posé par la résistance aux

⁸⁸⁵OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 39; Chabal, «Introduction du Symposium sur la tuberculose pulmonaire», 390.

⁸⁸⁶Payet et Sankalé, *Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes*, 172.

⁸⁸⁷Les bons résultats faisaient référence aux cas chez qui une guérison a été observée.

⁸⁸⁸Baylet, «Les expériences de lutte antituberculeuse», 203.

substances antibacillaires⁸⁸⁹. En effet, avait été notée à Dakar une résistance de plus en plus marquée du bacille de Koch aux antibiotiques les plus utilisés⁸⁹⁰. Des tests menés par exemple en 1966 et portant sur la sensibilité de bacilles tuberculeux provenant de malades africains hospitalisés au Centre hospitalier de Fann, ou dépistés à l'IHS, aux antituberculeux utilisés avaient ainsi révélé que si en 1964 29,1% des souches résistaient à l'INH, en 1966 le pourcentage était passé à 37,5%⁸⁹¹. 35,4% des variétés de bacilles résistaient à la streptomycine et 30,6% seraient restés insensibles à l'effet de deux, trois ou quatre antibiotiques contre 20,01% en 1964⁸⁹². La crainte de voir une plus grande dissémination des bacilles insensibles au traitement et la résistance générale des bacilles tuberculeux aux substances antibacillaires utilisés avaient ainsi poussé cliniciens et laborantins à chercher à comprendre les facteurs qui expliquaient les défaillances du traitement.

L'absence d'un suivi des malades en dehors des services de santé avait été mise de l'avant car si la prescription de faire faire les injections au dispensaire assurait une certaine continuité dans le traitement, elle ne garantissait aucunement le contrôle de la bonne prise des médicaments ou du respect des rendez-vous. Cette supervision lâche entraînait donc que 30% des personnes infectées négligeaient les services offerts⁸⁹³. Les difficultés rencontrées dans l'application du traitement avaient également été attribuées à différentes causes qui engageaient généralement la responsabilité des malades. En effet, les médecins ne cherchèrent pas au départ à mettre la lumière sur les éléments explicatifs des comportements des tuberculeux face au traitement. Était ainsi reconduit le discours qui était entretenu durant la période coloniale⁸⁹⁴. «L'insouciance» de certains patients et leur irrégularité aux rendez-vous ou encore la pratique de l'automédication figuraient parmi les facteurs avancés pour expliquer l'extension de la tuberculose et des souches de bacilles tuberculeux résistants⁸⁹⁵. Avait ainsi été noté que certains malades utilisaient mal les médicaments mis à leur disposition et aussi que l'engouement pour l'injection de streptomycine faiblissait rapidement avec le temps, surtout chez les enfants⁸⁹⁶. Pour résoudre le problème des

⁸⁸⁹M. Castet, H. Sarrat «Étude de la sensibilité aux antibacillaires classiques des bacilles tuberculeux humains isolés à Dakar en 1966 », *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française* 12, 1, (1967): 407.

⁸⁹⁰*Ibid.*, 407.

⁸⁹¹*Ibid.*, 409.

⁸⁹²Castet, Sarrat «Étude de la sensibilité aux antibacillaires classiques des bacilles tuberculeux humains», 410.

⁸⁹³Baylet, «Les expériences de lutte antituberculeuse», 203.

⁸⁹⁴*Ibid.*, 409.

⁸⁹⁵Payet et Sankalé, *Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes*, 191; Leproux, Brunel et Chauvau, «La tuberculose pulmonaire au Sénégal en 1967», 438.

⁸⁹⁶Baylet, «Les expériences de lutte antituberculeuse», 203.

nombreux échecs enregistrés, les recherches entreprises furent essentiellement orientées sur les facteurs médicaux du traitement. Elles avaient ainsi été axées sur la simplification de la médication et la diminution des prises de médicaments par l'utilisation de comprimés combinant plusieurs antibiotiques et des tentatives de substitution des antituberculeux utilisés dans le traitement standard par des médicaments nouveaux.

Entre 1962 et 1963, des antibacillaires tels la cyclosérine, la viomycine, la kanamycine et l'éthionamide avaient été introduits dans le traitement comme médicaments de relai⁸⁹⁷. La situation budgétaire du pays fit cependant que seuls les services hospitaliers bénéficiaient de ces produits pharmaceutiques⁸⁹⁸. Le Centre de phtisiologie en était démunie ce qui impliquait de nombreuses ruptures thérapeutiques et la circulation dans la ville de nombreux malades qui continuaient à disséminer des bacilles résistants au traitement standard⁸⁹⁹. Toutefois, sûrement du fait des multiples intolérances et les accidents toxiques enregistrés, ou encore du prix élevé de l'éthionamide, ces antituberculeux de relais n'étaient déjà plus utilisés dès 1967⁹⁰⁰. La thioacétazone (Tb1) prit alors la relève. Dans son rapport de 1964, le Comité d'experts de la tuberculose avait avancé qu'une étude avait démontré l'efficacité et une bonne tolérance des tuberculeux à un protocole comportant 300mg d'INH et 150 mg de Tb1⁹⁰¹. Il présentait également l'association de cette dernière avec l'INH comme coûtant moins chère que celle de l'INH avec le PAS⁹⁰². En 1967, était dès lors expérimentée pour la troisième fois au laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine de Dakar, avec l'aide de l'UICIT, la sensibilité des souches dakaroises à la Tb1⁹⁰³. L'UICIT s'était, en fait, engagée activement à partir de 1960 dans la poursuite d'essais cliniques internationaux pour déterminer les meilleurs moyens d'utiliser de nouveaux médicaments dans le traitement de tuberculose⁹⁰⁴.

Ayant constaté que 8 sur 10 patients qui avaient été soumis à l'absorption quotidienne d'un comprimé associant Tb1 et INS n'étaient plus contagieux au bout de trois mois et que, au bout

⁸⁹⁷M. Brunel, Ph. Leproux et R. Massat, «Chimiothérapie antibacillaire de relais dans les tuberculoses pulmonaires chroniques anciennes en milieu africain», *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française* 8, (1963): 727.

⁸⁹⁸Leproux *et al.* «Devenir des tuberculeux pris en charge», 723.

⁸⁹⁹Brunel, Leproux et Massat, «Chimiothérapie antibacillaire de relais dans les tuberculoses pulmonaires chroniques anciennes en milieu africain», 725; Leproux *et al.* «Devenir des tuberculeux pris en charge», 723.

⁹⁰⁰Leproux *et al.* «Devenir des tuberculeux pris en charge», 733.

⁹⁰¹Suisse, Genève, Archives de l'OMS, Série de rapports techniques, n°290, Comité experts OMS de la tuberculose, «huitième rapport», 1964, 15.

⁹⁰²Leproux *et al.* «Devenir des tuberculeux pris en charge», 723.

⁹⁰³Castet et Sarrat, «Étude de la sensibilité aux antibacillaires », 410.

⁹⁰⁴L'Union Internationale contre la tuberculose, «Bref historique de l'Union». <https://www.theunion.org>.

d'une année, les tuberculeux soumis à cette médication présentaient des résultats radiologiques satisfaisants, les phthisiologues de Dakar, Leproux à l'IHS et Brunel au CHU de Fann, partageaient des impressions favorables⁹⁰⁵. Toutefois, il ressortit d'une évaluation faite la même année que les malades qui avaient bénéficié de ces comprimés uniques, comme ceux soumis au traitement classique, utilisaient mal leurs médicaments⁹⁰⁶. Certains médecins, tel le docteur Sanakalé, avaient finis par reconnaître que de manière générale, l'introduction dans la thérapeutique des médicaments nouveaux n'avait malheureusement pas eu une incidence très substantielle sur l'extension de la tuberculose⁹⁰⁷. Toutefois, les médicaments employés ou le problème d'observance aux traitements n'étaient pas les seuls facteurs à incriminer. Les résultats décevants obtenus dans le traitement de la tuberculose étaient aussi liés aux conséquences de la concentration à Dakar des moyens de dépistage et de traitement.

2-Dakar surchargée

Dès que les Sénégalais ont pris le pouvoir, ils ont mandaté deux organismes de recherche français, en l'occurrence la Société d'études et de réalisations économiques et sociales dans l'Agriculture (SERESA), et la Compagnie d'études industrielles et d'aménagement du territoire (CINAM), pour mener à bien une enquête étendue à l'ensemble du pays et destinée à donner les informations nécessaires pour l'établissement de plans de développement économique et social⁹⁰⁸. Concernant la santé, le rapport fourni révélait que les structures curatives, et plus précisément les hôpitaux, absorbaient l'essentiel des finances du pays et que pour une action médico-sanitaire qui correspondrait mieux aux possibilités du pays, la médecine curative devait être limitée⁹⁰⁹. Par conséquent, bien que dans les deux premiers plans établis apparaissait à travers les objectifs définis une volonté d'améliorer les conditions de santé des populations des zones les moins équipées, l'état sénégalais avait dû se résigner à maintenir une médecine de

⁹⁰⁵Ph. Leproux, C. Chauveau et M. Brunel, «Le traitement de la tuberculose à Dakar (à propos de 7 000 cas)», *Bulletin de la Société médicale d'Afrique noire de langue française* 12, 1, (1967): 438.

⁹⁰⁶Baylet, «Comportement du malade tuberculeux et de sa famille», 445.

⁹⁰⁷M. Sankalé, P. Ndiaye et I. Beye, «Étude d'opinion sur la tuberculose en milieu dakarois», *Médecine d'Afrique noire*, n°6, 1969, 541, 543.

⁹⁰⁸Snyder, «Health policy and the Law», 140.

⁹⁰⁸Mamadou Diouf, *Histoire du Sénégal* (Paris: Maisonneuve et Larose, 2001), 14; Société d'études et de réalisations économiques et sociales dans l'Agriculture, *Rapport général sur les perspectives de développement du Sénégal*, (Dakar), 1960, 1-4.

⁹⁰⁹Snyder, «Health policy and the Law», 14.

masse et préventive dans les régions périphériques⁹¹⁰. Ainsi, le développement inégal instauré durant la période coloniale, et qui se traduisait par une primauté de la médicalisation des villes, allait être maintenu et Dakar, en tant que principale ville du Sénégal, continuer de garder ses privilèges⁹¹¹. Elle était suréquipée par rapport au reste du pays⁹¹² et, la marche adoptée par les autorités sénégalaises n'améliora pas la situation. Les trois cinquièmes du budget sanitaire national lui étaient dédiés (1,5 milliards sur un total de 2,5 milliards de F.CFA en 1965)⁹¹³. Elle comptait à elle seule à peu près les trois-quarts des 2 800 lits d'hôpitaux existant au Sénégal - alors que le taux lit-population y était de 5‰, il fut évalué à 0,6‰ pour le reste du pays⁹¹⁴. La concentration des médecins y était également manifeste: 1 pour 2 000 habitants à Dakar contre 1 pour 50 000 hors de son enceinte⁹¹⁵.

Concernant la tuberculose, si dans la capitale, différents services s'activaient autour de la vaccination, du traitement et de l'hospitalisation à court comme à long terme des malades, dans les autres régions, il fallait d'abord mettre sur pied l'équipement nécessaire. Ceci étant, dès le premier plan quadriennal, le Ministre de de la santé et des affaires sociales laissait entendre que la création de nouvelles structures sanitaires allait être limitée⁹¹⁶. Et au cours du second plan quadriennal, vu que les objectifs fixés durant les premières années de l'indépendance n'avaient été que partiellement atteints, la décision avait été prise de faire une pause dans les investissements en matière de constructions nouvelles⁹¹⁷. L'accent avait ainsi été mis dans la plupart des régions déshéritées sur la distribution du BCG et le suivi des traitements initiés à Dakar. D'après l'enquête menée par l'OMS en 1962, à Saint-Louis, les vingt-cinq lits réservés à la tuberculose étaient occupés par les catégories privilégiées (fonctionnaires, payants)⁹¹⁸. Concernant la région de Kaolack, les malades qui quittaient l'hôpital devaient se procurer à Dakar -à 190 kilomètres de là- les médicaments nécessaires pour continuer leur traitement à

⁹¹⁰Sénégal, Ministère du plan et du développement, *Premier plan quadriennal de développement économique et social*, 131-132; Snyder, «Health policy and the Law», 140.

⁹¹¹Diouf, *Histoire du Sénégal*, 197.

⁹¹²Société d'études et de réalisations économiques et sociales dans l'Agriculture, *Rapport général sur les perspectives de développement du Sénégal*, 59.

⁹¹³Société d'études et de réalisations économiques et sociales dans l'Agriculture, *Rapport général sur les perspectives de développement du Sénégal*, 59.

⁹¹⁴Sankalé, «La place de l'action sanitaire dans le développement», 173.

⁹¹⁵Sankalé *et al.*, «Urbanisation et santé», 279.

⁹¹⁶Sénégal, Ministère du plan et du développement, *Premier plan quadriennal de développement économique et social*, 132.

⁹¹⁷Sénégal, Ministère du plan et du développement, *Deuxième plan quadriennal de développement économique et social*, 28.

⁹¹⁸OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 34.

domicile⁹¹⁹. De plus, le budget des régions demeurait statique alors que le coût de médicaments était en hausse constante⁹²⁰. Par exemple, en 1962, la région de Diourbel avait bouclé quatre mois sans PAS ni INH⁹²¹. Face à cette situation, des patients désireux de bénéficier des meilleurs soins et habitant dans des régions sous-équipées n’hésitèrent pas à rejoindre la capitale pour s’y faire soigner. S’en suivit un débordement critique des services dédiés à la tuberculose à Dakar.

Tableau 9. – Patients reçus au centre de phtisiologie entre 1958 et 1964 ⁹²²

Années	1959	1960	1961	1962	1963	1964
Malades reçus	1271	1612	1895	1647	1278	1187

Tel qu’indiqué dans le tableau ci-dessus, le centre de phtisiologie qui, en 1956, avait du mal à assurer le suivi de ses 938 tuberculeux, se retrouvait avec un nombre encore plus élevé de malades; une situation qui allait impacter la qualité des traitements administrés et pousser personnel et administration sanitaires à repenser leur plan de lutte contre la tuberculose sur le terrain. En effet, le nombre croissant de malades reçus avait eu comme conséquence l’impossibilité de respecter les délais préalablement définis pour suivre les patients du Centre de phtisiologie. Les rendez-vous passèrent ainsi d’un espacement de soixante-dix jours à quatre-vingt-dix jours⁹²³. Par ailleurs, la distance entre les lieux d’origine des malades et Dakar rendait difficile le suivi d’un traitement qui s’étalait sur plus d’une année et décourageait un nombre important d’individus. Des traitements insuffisants en durée pour assurer la stérilisation bactériologique des malades avaient ainsi conduit à la mise en circulation de souches résistantes dans la ville mais aussi dans les autres régions sénégalaises⁹²⁴. Il fallait donc désengorger Dakar pour de meilleurs résultats à tous les niveaux de la prise en charge.

⁹¹⁹*Ibid.*, 34.

⁹²⁰Sénégal, Ministère du plan et du développement, *Deuxième plan quadriennal de développement économique et social (1964-1969)*, 28.

⁹²¹OMS, *Rapport d’une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 35.

⁹²²Sankalé *et al.*, «Urbanisation et santé», 281.

⁹²³Sankalé, «La place de l’action sanitaire dans le développement», 172.

⁹²⁴Baylet, «Les expériences de lutte antituberculeuse», 203.

C-Repenser la lutte contre la tuberculose à Dakar?

Dès lors, qu'il avait été démontré que les difficultés de l'application du traitement antituberculeux n'étaient pas uniquement liées à la réticence des malades face à la multitude des médicaments à prendre quotidiennement, certains médecins de Dakar s'étaient attelés à chercher à comprendre l'attitude des Dakarois et même à réorienter l'action entreprise jusque-là contre la tuberculose. Concernant la surcharge du Centre de phtisiologie, des mesures de décentralisation allaient être entreprises pour fixer les malades dans leur région d'origine. C'était toutefois sans compter avec la volonté de l'état sénégalais de s'aligner sur les directives de l'OMS et son incapacité à assurer en dehors de Dakar des services médico-sanitaires de qualité.

1-Une décentralisation manquée

En 1962, pour alléger les services de phtisiologie de Dakar, de drastiques mesures de décentralisation avaient été mises sur pied. Dans les différentes régions du pays, des centres régionaux de traitement de la tuberculose furent créés et il fut demandé aux médecins sur place de retenir autant que possible les malades chez eux et d'organiser leur traitement sur place⁹²⁵. Cette régionalisation était au diapason de la politique sanitaire adoptée par le Sénégal qui, dès le premier plan quadriennal, visait à atténuer les déséquilibres entre régions riches et régions déshéritées⁹²⁶. Elle devait également permettre, en plus d'un élargissement spatial des actions prises contre la tuberculose, la diminution des risques de diffusion du bacille tuberculeux. En fait, parmi les implications du déplacement des malades vers Dakar figurait une plus grande dissémination de bacilles de Koch mais aussi la difficulté de procéder à des contrôles réguliers sur des patients qui ne se présentaient pas toujours aux visites de contrôle⁹²⁷. Cette décentralisation permit, en 1963, de réunir au total un millier de nouveaux malades autour de cinq chefs-lieux de régions du Sénégal et par conséquent d'alléger Dakar⁹²⁸. Toutefois, comme le

⁹²⁵Brunel, Leproux et Chauveau, «La tuberculose pulmonaire au Sénégal en 1967», 428.

⁹²⁶Sénégal, Ministère du plan et du développement, *Deuxième plan quadriennal de développement économique et social (1964-1969)*, 61.

⁹²⁷Leproux *et al.*, «Devenir des tuberculeux pris en charge», 722.

⁹²⁸Leproux, Brunel et Chauvau, «Le traitement de la tuberculose à Dakar», 436.

soutenaient certains praticiens, il était difficile de convaincre les malades qu'il y'avait alors une «bonne médecine» en dehors de Dakar⁹²⁹.

Au lendemain de la création des centres régionaux, se posa le problème de gestion des flux de malades. Malgré une baisse enregistrée, le Centre de phtisiologie continuait à recevoir un nombre important de tuberculeux. La fascination des patients pour Dakar fut avancée pour justifier la volonté des tuberculeux de continuer à aller consulter dans la capitale⁹³⁰. Matam et Podor, des villes connues pour leur sous-équipement médico-sanitaire, furent ainsi accusées de n'accrocher que très difficilement «leurs» tuberculeux⁹³¹. Cet attrait pour les soins à Dakar ne concernait pas uniquement les tuberculeux ou les Sénégalais soit dit en passant. Du fait des niveaux de santé globaux nettement plus favorables à Dakar que dans le reste du Sénégal, des malades africains ou européens des régions périphériques affluaient vers la ville des qu'ils se considéraient comme atteints d'une maladie grave⁹³².

Le rayonnement médical de Dakar débordait aussi le Sénégal puisque de nombreux patients venaient de la Gambie, de la Guinée, du Mali et de la Mauritanie⁹³³. Mais, au-delà de ce pouvoir d'attraction évident, se posait la question du décalage entre les différents centres antituberculeux du Sénégal. A Dakar, le personnel était composé de praticiens qualifiés. Trois médecins spécialistes servaient dans la ville: deux au dispensaire de phtisiologie et un à service de phtisiologie de Fann alors que dans les régions ce fut un personnel peu préparé à la tâche qui avait la charge des tuberculeux. Les centres des six autres régions sanitaires fonctionnaient toutes en fait dans les formations hospitalières régionales et étaient dirigés par des médecins généralistes qui n'avaient aucune formation en phtisiologie⁹³⁴. Il faut à ce propos préciser que, du fait que le médecin responsable du service de phtisiologie de Fann n'était pas un universitaire, aucun stage en phtisiologie n'était organisé pour les étudiants en médecine de Dakar, ce qui entravait toute possibilité de spécialisation⁹³⁵. Si l'initiative était à saluer dans sa conception, une décentralisation non suivie d'une dotation en moyens humains et techniques nécessaires avait fait que l'expérience n'avait pas pu avoir le succès escompté.

⁹²⁹Leproux *et al.* «Devenir des tuberculeux pris en charge », 722.

⁹³⁰Leproux, Brunel et Chauvau, «Le traitement de la tuberculose à Dakar», 436.

⁹³¹*Ibid.*, 436.

⁹³²Sankalé et al., «Urbanisation et santé», 279.

⁹³³Seck, *Dakar métropole ouest africaines*, 206; Sankalé *et al.*, «Urbanisation et santé», 281.

⁹³⁴Baylet, «Les expériences de lutte antituberculeuse», 202; Sankalé, «La place de l'action sanitaire dans le développement», 171.

⁹³⁵OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 37.

3-La voix des tuberculeux

À partir de 1966 avaient été entreprises à Dakar différentes études qui allaient montrer que des facteurs non soupçonnés par les médecins, et qui étaient liés à l'organisation de l'action contre la tuberculose ou au regard porté par les patients sur les médicaments qui leur étaient administrés, expliquaient les résultats obtenus. Les entretiens menés permirent de mettre la lumière sur les motivations réelles des patients et ainsi de mieux comprendre leurs attitudes face au traitement. Une évaluation menée à Médina permit ainsi de montrer que sur 110 individus interrogés seuls 74, soit 67, 27%, la connaissent bien⁹³⁶. Les 11 autres, soit 10% des interviewés, la connaissent par ouïe dire et 25 autres ne savaient rien de la maladie⁹³⁷. Les enquêtes révélèrent aussi que c'était dans les familles à niveau de vie très faible, où se côtoyaient «misère, ignorance et malnutrition» que s'observaient les cas les plus nombreux⁹³⁸. Il apparut aussi qu'une partie des patients était composée d'individus pratiquant des métiers à bas salaires et l'autre par des personnes sans travail, chômeurs ou travailleurs saisonniers⁹³⁹. La plupart vivait dans des baraques en bois, exigües et surpeuplées⁹⁴⁰. Parmi les facteurs associés à la tuberculose apparaissait aussi la dénutrition⁹⁴¹. Concernant l'insuffisance du traitement ou la non fidélité aux rendez-vous, la distance entre le dispensaire et le domicile décourageait certains patients alors que d'autres étaient rebutés par les intolérances provoquées par le PAS ainsi que son goût désagréable⁹⁴². Les enquêtes révélèrent enfin que le fait que la gratuité ne concernait que les antibiotiques, et non les substances nécessaires à leur administration tel l'alcool nécessaire aux injections, ce qui participait à freiner le zèle de certains patients parmi les plus démunis⁹⁴³.

⁹³⁶Sankalé, Ndiaye et Beye, «Étude d'opinion sur la tuberculose en milieu dakarais», 545.

⁹³⁷Sankalé, Ndiaye et Beye, «Étude d'opinion sur la tuberculose en milieu dakarais», 545.

⁹³⁸Sankalé *et al.*, «Aspects de la tuberculose pulmonaire de l'adulte en milieu hospitalier en médecine générale à Dakar (A propos de 247 cas)», *Bulletin de la Société médicale d'Afrique noire* 12, (1967): 414; J Cros et R. Baylet, «État nutritionnel des enfants dans les familles de tuberculeux à Dakar», *Bulletin de la Société médicale d'Afrique noire*, 12, (1967): 400.

⁹³⁹Sankalé *et al.*, «Aspects de la tuberculose pulmonaire de l'adulte en milieu », 412.

⁹⁴⁰*Ibid.*

⁹⁴¹A. Debroise *et al.*, «Incidence et formes cliniques de la tuberculose infantile dans le service de pédiatrie de Centre hospitalier universitaire de Dakar», *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire*, 12, (1967): 422-423.

⁹⁴²Dauchy et Baylet, «Comportement du malade tuberculeux et de sa famille», 445.

⁹⁴³*Ibid.*, 445.

Plusieurs études montrèrent également que ce n'était pas seulement l'accessibilité des médicaments qui posait problème, mais les conditions de leur consommation⁹⁴⁴. Le rapport du patient à son entourage fut ainsi identifié comme participant à définir l'observance du traitement. Ainsi, la crainte du rejet par la famille ou le délaissement par celle-ci face au risque de contagion expliquaient que certains tuberculeux hésitaient à prendre leurs médicaments en présence d'un tiers⁹⁴⁵. Cette réalité fit ressortir toute l'importance de l'accompagnement du malade et du travail d'information, voire d'éducation, auprès de sa famille. Au cœur des facteurs qui justifiaient la faible consommation des comprimés se trouvait par ailleurs les effets non désirés. En effet, une corrélation avait été établie entre les problème de goût⁹⁴⁶ et de tolérance digestive –souvent très basse en contexte de malnutrition- et la non-utilisation du PAS car le pourcentage de malades chez qui des effets secondaires était enregistré coïncidait avec celui des individus qui ne prenaient que périodiquement ce médicament⁹⁴⁷.

Il ressort aussi des prospections faites auprès des Dakarois à l'époque que si l'administration du médicament sous forme de comprimés présentait des avantages pour un système de santé caractérisé par un personnel insuffisant et des services de santé limité, le regard porté sur lui allait impacter négativement sa consommation. Pour contourner les méfaits d'une médication triple insuffisante, avait été adopté à Dakar, un traitement double de douze mois. Au cours des trois premiers mois le patient recevait ainsi de l'INH et de la streptomycine injectable alors que durant les neuf mois restant, il recevait un traitement à base de PAS et INH⁹⁴⁸. En fonction du type de médicament, injectable ou à avaler, certains malades interprétaient la gravité de leur maladie et ainsi décidaient de respecter, voire de solliciter le traitement, ou à l'inverse de le négliger. Dans l'imaginaire de certains tuberculeux dakarois, un traitement basé sur un médicament injectable signifiait que l'état de santé était très détérioré, ce qui expliquait l'engouement durant la première phase du traitement. La situation était telle qu'en cas de rupture de streptomycine dans les services sanitaires, certains patients proposaient même de l'acheter sur leurs propres deniers⁹⁴⁹. Par contre, pour certains la prise de comprimées signifiait un état de santé peu préoccupant ce qui semblait s'avérer puisque quand le malade était mis au PAS, son

⁹⁴⁴*Ibid.*, 445.

⁹⁴⁵Sankalé, N'Diaye et Beye, «Étude d'opinion sur la tuberculose en milieu dakarois», 546.

⁹⁴⁶Le PAS distribué par le Centre de phtisiologie avait un goût désagréable.

⁹⁴⁷Dauchy et Baylet, «Comportement du malade tuberculeux et de sa famille», 445.

⁹⁴⁸Leproux *et al.* «Devenir des tuberculeux pris en charge», 723.

⁹⁴⁹Dauchy et Baylet, «Comportement du malade tuberculeux et de sa famille», 444-445.

état était déjà nettement amélioré⁹⁵⁰. C'était donc en toute logique que certains patients se posaient la question à savoir si les malades «traités aux piqûres» n'étaient pas plus gravement atteints que ceux soumis aux comprimés⁹⁵¹.

Reflets des méconnaissances de l'évolution et des différentes phases de leur maladie mais principalement conséquences des insuffisances d'une relation patient-soignant ad hoc et soutenue, ces idées préconçues ont largement participé à expliquer les résultats limités obtenus dans la lutte contre la tuberculose dans les années 1960. Au moment où les praticiens déployaient des efforts pour trouver des molécules capables d'endiguer le problème de la tuberculose, ils perdaient de vue un facteur déterminant du succès du traitement antituberculeux, à savoir l'acceptabilité des médicaments prescrits. Dans ces circonstances, les médicaments n'allaient plus être pensés comme pouvant à eux seuls mener au contrôle de la tuberculose. Il ne suffisait plus de définir les protocoles et d'y soumettre le patient ou de mener une action dans laquelle le tuberculeux devait se contenter de recevoir et de consommer les molécules.

Une nouvelle conception de l'action devant prendre en compte les facteurs sociaux favorisant se développa enfin bien qu'indirectement. Les praticiens commencèrent à réclamer un meilleur encadrement des tuberculeux et plus d'intervention auprès de leur entourage (employeurs et familles) pour un meilleur suivi des traitements⁹⁵². Reste que, dès les premières années qui firent suite à l'accession à l'indépendance, certains experts avaient noté un rejet par les populations de toute tentative de les contraindre à subir ou exécuter certaines mesures sanitaires⁹⁵³. C'était donc par le biais de l'éducation sanitaire que les praticiens pensaient pouvoir obtenir la transformation des attitudes vis-à-vis du traitement⁹⁵⁴. Il fallait initier les malades à l'importance du suivi de leur thérapeutique. Mais, ici encore, il se révéla difficile de mener ce travail d'éducation du fait de l'insuffisance du personnel de santé. L'unique infirmière assistante sociale du Centre de phtisiologie, en raison de ses tâches officielles, ne pouvait en fait se consacrer à des tâches éducatives⁹⁵⁵. De plus, les autorités publiques sénégalaises étant déterminées à suivre le plan défini par l'OMS s'étaient engagés à lancer en 1969, à Dakar, le

⁹⁵⁰*Ibid.*, 445.

⁹⁵¹*Ibid.*, 445.

⁹⁵²Sankalé, Ndiaye et Beye, «Étude d'opinion sur la tuberculose en milieu dakarois», 547.

⁹⁵³Sankalé, *Médecins et action sanitaire en Afrique noire*, 113.

⁹⁵⁴Sankalé, Ndiaye et Beye, «Étude d'opinion sur la tuberculose en milieu dakarois», 547.

⁹⁵⁵Leproux *et al.* «Devenir des tuberculeux pris en charge», 724.

«Projet Sénégal 19», un plan encore une fois essentiellement axé sur la vaccination et le traitement des malades.

4-Le «Projet Sénégal 19»

Selon l'OMS, le programme national de lutte contre la maladie se devait d'abord être exécuté dans une région qui apparaissait représentative des conditions socio-économiques et sociales mais aussi sanitaires du pays dans son ensemble pour tester s'il était adapté aux conditions locales⁹⁵⁶. Cette phase test devait aussi servir à la formation du personnel à la mise en œuvre du programme sur le reste du territoire⁹⁵⁷. Pour se conformer à cette recommandation, les autorités sénégalaises avaient choisi Dakar comme zone-pilote, les autres régions ayant été disqualifiées en raison de l'inadéquation de leurs infrastructures sanitaires et de l'insuffisance de leur personnel⁹⁵⁸. En 1969, était ainsi expérimenté dans la ville le «Projet Sénégal 19», né d'un accord tripartite signé le 15 septembre 1966 entre le gouvernement du Sénégal, l'OMS et l'UNICEF⁹⁵⁹. Créée en 1946 et destinée à venir en aide aux enfants dans les pays en difficulté, le rôle de cette dernière dans les programmes antituberculeux consistait à la dotation des pays récipiendaires en vaccins BCG, en appareils de radiophotographie ou de radiographie⁹⁶⁰. La solution technologique allait très clairement continuer de primer.

Sur le plan administratif, le «Projet Sénégal 19» avait été placé sous la responsabilité de la Direction de la santé publique sénégalaise⁹⁶¹. Pour les moyens humains et matériels, le système était intégré aux infrastructures sanitaires de la ville et il n'y avait pas de personnel spécialisé exclusivement en phthisiologie⁹⁶². La polyvalence était la règle et la formation du personnel était assurée par trois conseillers de l'OMS et leurs homologues nationaux⁹⁶³. Concernant les moyens

⁹⁵⁶Suisse, Genève, Archives de l'OMS, Série de rapports techniques, n°290, *Comité d'experts OMS de la tuberculose, huitième rapport*, 1964, 20.

⁹⁵⁷Suisse, Genève, Archives de l'OMS, WHO technical report series, n°195, *Expert committee on tuberculosis, seventh report*, 13-14.

⁹⁵⁸OMS, *Rapport d'une enquête sur la tuberculose au Sénégal*, 43.

⁹⁵⁹Brunel, Leproux et Chauvau, «La tuberculose pulmonaire au Sénégal en 1967», 432; Entrevue avec le Docteur Moustapha Dieng ancien pneumologue à Fann puis à l'IHS, 17 octobre 2007.

⁹⁶⁰Marc Sankalé, «L'assistance et la coopération sanitaires internationales», dans *Cliniques africaines*, Maurice Payet, (Paris: Gauthier, 1966), 488.

⁹⁶¹OCCGE, *Rapport final de la 9^e conférence technique de l'OCCGE*, 598.

⁹⁶²Alidou Nadio, «Le traitement d'attaque de la tuberculose pulmonaire du noir non transplanté par la rifampicine (à propos de 75 malades)», (thèse de Ph.D., Université de Dakar, 1976), 15.

⁹⁶³OCCGE, *Rapport final de la 9^e conférence technique de l'OCCGE*, 598.

employés, il s'agissait d'utiliser des méthodes et techniques simplifiés, adaptés aux possibilités du pays, facilement applicables, même au niveau du poste médical le plus réduit⁹⁶⁴. En effet, les études menées en la matière en Inde n'avaient pas uniquement apporté des preuves du succès des traitements ambulatoires. Elles avaient permis de montrer que le dépistage bactériologique permettait l'identification de la maladie chez la majorité des cas suspects dans les services de santé généraux⁹⁶⁵. Le projet reposait par conséquent sur le dépistage uniquement bactériologique des symptomatiques considérés comme sources infectieuses à neutraliser en priorité⁹⁶⁶. Quant au traitement, l'antibiothérapie ambulatoire d'emblée ou après une très courte hospitalisation avait été adoptée et aucune surveillance ne fut instituée pour les malades⁹⁶⁷.

Suite à la prise de conscience que les services de santé étaient trop peu nombreux pour mener à bien les traitements avait été mise sur pied une association chargée d'assister le personnel de santé et les services médicaux. Créée lors des sixièmes Journées médicales de Dakar en 1969, l'Association sénégalaise de lutte contre la tuberculose (ASLAT) s'était affiliée à l'UICAT et était parrainée par le Comité national français de lutte antituberculeuse⁹⁶⁸. Bien que les avis sur l'importance de son incidence sur l'action antituberculeuse à Dakar divergent, l'organisation a su apporter sa pierre à l'édifice en cherchant à informer les tuberculeux sur leur maladie⁹⁶⁹. Son but était de rétablir le lien de confiance entre le médecin et le malade, de convaincre les patients réticents à se soumettre à l'hospitalisation et de donner des conseils aux malades en traitement externe⁹⁷⁰. C'était ainsi par le biais de causeries et de projections de films que les membres de l'association essayaient de mieux faire accepter aux tuberculeux leur état en leur faisant savoir que leur maladie était curable⁹⁷¹. L'ASLAT se fixait également comme objectif d'aider au reclassement professionnel des tuberculeux guéris et d'apporter secours aux tuberculeux nécessiteux⁹⁷². Toutefois, malgré l'engagement de l'association et l'assistance de l'OMS, une évaluation faite trois ans après le début du projet démontrait que les résultats enregistrés ne furent pas meilleurs que ceux obtenus jusque-là.

⁹⁶⁴*Ibid.*, 597.

⁹⁶⁵Raviglione et Pio, «Evolution of WHO policies for tuberculosis control», 776.

⁹⁶⁶Nadio, «Le traitement d'attaque de la tuberculose pulmonaire», 17.

⁹⁶⁷*Ibid.*, p.599.

⁹⁶⁸Kane, «Rôle de l'ASLAT dans la lutte contre la tuberculose», 7.

⁹⁶⁹Entretien avec Ibrahima Bèye, ancien membre de l'ASLAT, 22 octobre 2007.

⁹⁷⁰Kane, «Rôle de l'ASLAT dans la lutte contre la tuberculose», 8.

⁹⁷¹Entretien avec Ibrahima Bèye, ancien membre de l'ASLAT, 22 octobre 2007.

⁹⁷²Kane, «Rôle de l'ASLAT dans la lutte contre la tuberculose», 7.

Sur 748 malades pris en charge et qui provenaient de Dakar et de sa banlieue, seuls 155 cas de guérison soit 20% furent enregistrés⁹⁷³.

Tableau 10. – Évaluation des traitements faits dans le cadre du «Projet Sénégal 19»

Suivi des traitements		Dakar
		262
Contrôle du 3 ^e mois	Contrôlés	114
	Perdus de vue	148
	Positifs	26
Contrôle du 6 ^e mois	Contrôlés	60
	Perdus de vue	54
	Positifs	21
Contrôle du 12 ^e mois	Contrôlés	38
	Perdus de vue	22
	Positifs	18

La non-fidélité aux rendez-vous de contrôle bactériologique d'une part importante des malades (56,5% des sujets pris en charge) et une mauvaise organisation des traitements furent mises en relief pour justifier les résultats ainsi obtenus⁹⁷⁴. En réalité, avec le retrait des bailleurs de fonds (l'OMS et l'UNICEF) à la fin de la phase test, les autorités sénégalaises n'avaient pu assurer ni le suivi des traitements, ni la fourniture correcte des antituberculeux aux malades qui, d'après le docteur Moustapha Dieng, ancien pneumologue à Fann, étaient dès lors soignés en fonctions de leurs possibilités financières⁹⁷⁵. La conséquence fut un nombre considérable d'abandons du traitement préconisé⁹⁷⁶.

Les pouvoirs publics sénégalais n'avaient pas non plus réussi à mettre sur pied une organisation administrative solide autour de la tuberculose ni réussi à construire un plan antituberculeux cohérent. Ce n'est finalement qu'en 1985 que vit le jour un programme national

⁹⁷³Nadio, «Le traitement d'attaque de la tuberculose pulmonaire», 19.

⁹⁷⁴Nadio, «Le traitement d'attaque de la tuberculose pulmonaire», 18.

⁹⁷⁵Entretien avec le Docteur Moustapha Dieng, ancien pneumologue à Fann, 17 octobre 2007.

⁹⁷⁶*Ibid.*, 2007.

contre la tuberculose car la condition requise par les bailleurs sollicités tels l'UICIT ou l'Association norvégienne pour les maladies respiratoires et du cœur (LHL), qui s'était engagée à apporter son soutien aux pays du Sud dans la lutte contre les affections pulmonaires, était qu'un programme bien structuré soit mis en place⁹⁷⁷. Suite à une tournée faite dans les différentes régions du pays pour établir un état des lieux de la prise en charge de la tuberculose avait été tenue à Dakar une réunion au cours de laquelle furent élaborées les esquisses d'un programme de lutte contre la tuberculose qui reposait principalement sur le dépistage bactériologique, la vaccination par le BCG et le traitement des malades⁹⁷⁸. Une fois le document reçu et étudié, la LHL signa avec le Ministère de la santé du Sénégal un protocole d'accord par lequel elle s'engageait à apporter son aide financier et à superviser la construction d'un programme national antituberculeux au Sénégal.

L'étude de l'attitude des patients dakarois face aux différentes mesures mobilisées par les autorités sanitaires sénégalaises montre que, tout comme durant la période précédente, ils ont su montrer leur capacité à prendre des initiatives qui ne coïncidaient pas toujours avec les directives du gouvernement, confirmant ainsi que leurs positions n'étaient pas forcément définies par leurs rapports avec l'élite dirigeante mais qu'elles découlaient généralement de choix raisonnés en lien avec leurs propres besoins et les représentations qu'ils se faisaient des services sanitaires qui leurs étaient proposés.

Pour le plan de lutte antituberculeux, si le recours à l'aide extérieure a servi à résoudre des problèmes auxquels l'état sénégalais n'était pas en mesure d'apporter des solutions, il demeure que de par les idées que les individus impliqués se faisaient des moyens idéaux de contenir l'extension de la maladie, il n'a pas permis d'apporter les solutions à la mesure du problème à Dakar. La nature même de l'assistance, uniquement portée sur l'application de techniques

⁹⁷⁷Jean Baptiste Nzogué, Fatoumata Camara et Christopher Kuaban, «La lutte contre la tuberculose au Cameroun et au Sénégal (1924-1996)», dans *Sida et tuberculose: la double peine? Institutions, professionnels et sociétés face à la confection au Cameroun et au Sénégal* Laurent Vidal et Christopher Kuaban, dir., (Louvain-La-Neuve, Academia, 2012), 83; Entretien avec Ibrahima Bèye, ancien membre de l'ASLAT, 22 octobre 2007.

⁹⁷⁸Entretien avec le Docteur Moustapha Dieng, ancien pneumologue à Fann, 17 octobre 2007.

biomédicales, a ainsi largement limité les résultats obtenus contre cette maladie sociale. En fait, ne serait-ce que du fait de l'absence de connaissances exactes quant aux niveaux de protection conférés par le vaccin BCG contre la tuberculose pulmonaire ou encore de l'existence de multiples souches de bacilles de Koch résistants aux antituberculeux, une stratégie antituberculeuse ne pouvait avoir le succès escompté en ne prenant pas en considération des facteurs déterminants que sont les représentations profanes de la maladie ou encore les conditions socio-économiques dans lesquelles évoluent les populations susceptibles d'être touchées. Mais, au préalable à la construction d'une politique sanitaire qui soit en phase avec les besoins des populations locales et les moyens disponibles, il fallait une indépendance économique, financière et technique, ce dont le Sénégal manquait encore cruellement dans les années 1960. En contrepartie des soutiens obtenus, la jeune nation avait dû céder son droit de définir l'orientation à donner à son programme sanitaire en élaborant des plans conformes aux directives de ses bailleurs de fonds.

Conclusion

Cette thèse a fait ressortir toute l'importance qu'occupent les contextes socio-économiques, culturels ou politiques dans lesquelles émergent les maladies dans l'analyse des facteurs qui déterminent les niveaux de santé d'une société donnée. Elle a ainsi révélé les liens étroits qui existaient entre les changements survenus dans les relations entretenues entre Dakar et l'extérieur, les modifications enregistrées dans la composition démographique de la ville ou encore l'organisation de la production économique et la progression de la tuberculose. Les multiples déplacements de populations entre la ville et le reste de l'Afrique ou encore l'Occident entraînés par une volonté d'exploitation à moindre coût des Africains ou encore l'installation dans la ville de populations d'origines diverses ont ainsi servi à faire de la ville un réceptacle et un lieu de dissémination du bacille de Koch.

La présente étude a aussi dévoilé que le choix des catégories de personnel à mettre en avant pour protéger la population dakaroise contre la maladie tuberculeuse a été largement défini par les savoirs et les possibilités thérapeutiques disponibles. Ainsi, jusqu'au second conflit mondial, du fait de l'absence d'un traitement spécifique et par conséquent dans un contexte où l'action devait reposer sur des interventions sanitaires les médecins ne jouèrent qu'un rôle effacé consistant à contrôler les soins administrés et à tester différents composés sur les tuberculeux. Par contre, avec la découverte de médicaments antituberculeux, et ainsi la possibilité de guérir les malades, on assiste à une plus grande implication des médecins qui cherchèrent même à obtenir de meilleures conditions d'application de l'antibiothérapie.

Travailler sur l'action entreprise contre la tuberculose à Dakar nous a permis de montrer que les autorités publiques ont axé l'intervention contre cette maladie sur une croisade contre le bacille de Koch. Puisqu'il ne fut à aucun moment question de relever les niveaux de vie des populations, à cause de l'absence de volonté étatique et de l'insuffisance des moyens financiers disponibles, cette démarche semblait la mieux indiquée aux yeux des pouvoirs centraux. En outre, l'intégration parmi les décisionnaires d'acteurs convaincus que c'était par les techniques biomédicales et elles seules qu'il était possible d'obtenir des avancées rapides et à moindre coût sur la maladie a largement pesé sur l'orientation donnée à la lutte contre la tuberculose à Dakar. Ainsi, en fonction de l'évolution des savoirs sur la maladie et sur les populations africaines

(proximité durant la guerre, construction de services où les populations autochtones sont consultées et traitées) mais aussi en fonction des moyens préventifs et curatifs disponibles, différentes stratégies ont été mobilisées, entre 1924 et 1969.

Entre 1924 et 1948, dans un contexte d'impuissance thérapeutique, l'action a ainsi été centrée sur une volonté de transformer les habitudes et les comportements des Dakarais pour les rendre conformes aux exigences de l'hygiène. Et, l'expérience française a servi de modèle. Le dispensaire d'hygiène sociale et les infirmières-visiteuses se sont ainsi trouvés au cœur du dispositif antituberculeux. Au moment où malgré les multiples controverses la vaccination était administrée aux enfants, la «réforme des comportements» des Africains par le biais de l'éducation sanitaire, la réduction du bacille en circulation par des mesures de désinfection ont été retenues comme les mesures phares, alors que l'internement ne concernait qu'un nombre limité de malades. Avec l'avènement de la chimiothérapie au lendemain de la Seconde guerre mondiale, la réduction de l'infection passa par l'utilisation de médicaments bactéricides (qui tuent les bacilles) et de bactériostatiques (qui empêchent la reproduction des bacilles).

Il ne s'agit pas, pour autant, de soutenir que l'expérience dakaraise de la lutte contre la tuberculose fut une reproduction des programmes mis en place en France. En effet, dès les années 1930, s'imposa l'impossibilité de reproduire à Dakar des mesures employées dans la métropole ou qui y ont donné des résultats appréciables (désinfection, utilisation d'un vaccin BCG frais). Différents efforts ont ainsi été faits pour rendre conformes aux conditions locales les actions menées contre la maladie. Les travaux multiples entrepris par l'Institut Pasteur pour trouver des moyens de faire administrer le vaccin BCG par un personnel autochtone ou pour le présenter sous une forme qui permet une meilleure utilisation dans les conditions climatiques locales sont ici à souligner. Profitant du contexte colonial qui lui a permis de bénéficier de plus de liberté qu'en France ou dans n'importe quel autre pays en Occident, l'Institut a non seulement travaillé à construire la légitimité du vaccin BCG, faisant ainsi de Dakar un laboratoire ouvert mais aussi un lieu privilégié de savoir scientifique qui a servi à une meilleure médicalisation de la société dakaraise et de celle des autres colonies françaises de l'Afrique de l'Ouest.

On notera également l'attention portée à des expériences faites dans d'autres contextes coloniaux et/ou non-occidentaux: si, au début des années 1950, les phthisiologues confiants en la capacité de la médecine occidentale de contenir la tuberculose aspiraient à organiser leur intervention selon un plan conforme à ceux des pays occidentaux, l'insuffisance des services

sanitaires, celle du personnel médical allait les pousser eux ainsi que le corps médical en service à partir de 1960, à chercher à s'inspirer, par le biais de l'OMS (stages et cours offerts, rapports du Comité d'experts de la tuberculose) de programmes mis en place dans d'autres pays à revenus limités.

Ce qui reste peut-être le plus intéressant ici, c'est que le corps médical dédié à la tuberculose n'a pas adopté une position unique, ni statique, quant à la place des interventions techniques dans les plans successifs de lutte contre la tuberculose. En réalité, à chaque fois qu'il apparut que des avancées n'étaient pas enregistrées avec le traitement médicamenteux ou la prévention par la vaccination, se manifestait une volonté de recourir à des interventions hygiéniques ou sociales. Mais n'était-ce finalement là qu'une démarche par défaut? L'appel fait dans les années 1930 à une plus grande intervention sur les conditions de logement ou les volontés manifestées à partir de 1956 et 1966 de revenir à des programmes antituberculeux qui prenaient en considération les conditions socio-économiques dans lesquelles évoluaient les Dakarois sont à considérer.

Notre enquête a aussi servi à montrer que le manque de détermination, et de moyens pour assumer ses ambitions, de l'état colonial puis indépendant pour sévir contre certains facteurs telles les migrations de travail ou celles relatives à la conscription pourtant identifiées par le corps médical comme exacerbant le problème de la tuberculose constitue un élément justificatif de la persistance de la tuberculose à Dakar. Du fait du rôle central joué par les migrants et les soldats dans l'économie de la capitale ou la protection des frontières de l'Empire français, il ne fut nullement question de leur interdire l'accès à la ville. Les autorités qui se sont succédées ont, au contraire, encouragé les allées et venues d'une main d'œuvre moins coûteuse entre Dakar et le reste de la Fédération, favorisant ainsi une dissémination de la tuberculose sans qu'aucune solution concrète à cette dissémination ne soit apportée, subordonnée de facto aux intérêts économiques. L'économie a régulièrement, voire systématiquement, pris le pas sur la bonne santé.

Notre étude a également ressortir que, malgré les pouvoirs dont disposaient les autorités publiques qui ont administré Dakar des années 1920 aux années 1960, il ne fut à aucun moment possible de faire exécuter de manière unilatérale les différents programmes sanitaires préalablement établis. Concernant le personnel, autant durant les années 1930 il a été difficile de faire participer les médecins de l'AMI au volet social de l'action contre la tuberculose, autant il

fut impossible d'empêcher les médecins universitaires qui intégrèrent l'École de médecine et les services de santé au lendemain de la Seconde Guerre de développer de nouvelles stratégies de prise en charge de la tuberculose et des tuberculeux. Ce ne fut pas uniquement avec le personnel que les pouvoirs centraux ont éprouvé des difficultés. Il en fut de même avec les populations locales, citoyennes ou non. Ceux-ci ont parfois développé des stratégies d'évitement pour ne pas faire vacciner leurs enfants ou ne pas subir l'intrusion des infirmières visiteuses dans leurs concessions. Pour également bénéficier des soins dans les services de santé de leur choix ils n'ont pas non plus hésité à contourner les recommandations des autorités sanitaires qui cherchaient, au courant des années 1960, à définir des lieux spécifiques de prise en charge de la tuberculose pour chaque région.

Face aux échecs, ou à tout le moins aux difficultés de faire adopter par les Dakarois des attitudes pouvant permettre un dépistage et une prise en charge précoce et effective de la maladie, les autorités n'ont pas hésité à faire des concessions et revoir les modalités d'exécution de leur programme médico-sanitaire. Pour preuves, nous pouvons avancer la demande faite aux infirmières d'avoir plus de souplesse et de patience dans l'exécution des vaccinations à domicile, les tentatives de règlementer la vaccination à partir de 1954, suite aux multiples refus des Dakarois de faire vacciner leurs enfants ou encore la décentralisation des services de traitement antituberculeux à partir de 1962. Ces réalités permettent de montrer que la médicalisation des Dakarois ne s'est pas toujours fait suivant un plan préétabli et que ce fut le lieu d'ajustements et de négociations régulières et complexes. La nature des relations de pouvoir qui existaient entre l'état en place et les différents groupes qui se soustrayaient aux directives données participe à expliquer pareille situation.

L'histoire de la prise en charge de la tuberculose à Dakar fut aussi, et peut-être surtout, celle de l'impuissance des autorités sanitaires d'imposer la médecine occidentale et ses techniques comme unique réponse face aux pathologies infectieuses. Malgré les différentes initiatives prises pour créer une plus grande proximité du corps médical avec les Dakarois par l'utilisation d'un personnel auxiliaire autochtone, il ne fut à aucun moment possible de faire disparaître le recours aux thérapies locales. Certains Africains n'allaient consulter qu'après avoir épuisé toutes les ressources du guérisseur alors que même parmi les personnes qui avaient adopté la médecine occidentale figuraient des individus qui utilisaient simultanément les thérapeutiques variées que leur proposaient les différents savoirs disponibles. Ainsi, à chaque fois que les

conditions de prise en charge dans les services de santé ne leur convenaient, ou qu'ils ne constataient pas d'amélioration, ils délaissaient les traitements du médecin français. La situation était assurément compliquée par la longue durée de traitement de la pathologie infectieuse (douze à dix-huit mois).

Des conditions matérielles et humaines insuffisantes ont, quant à elles, non seulement impacté sur la persistance du problème tuberculeux mais aussi entraîné des problèmes encore plus difficiles à contenir par les gouvernements en place. En effet, les résultats décevants enregistrés face à la tuberculose dès que la chimiothérapie a été entreprise sont la conséquence de l'insuffisance des services d'hospitalisation et du personnel médical et, par conséquent, d'une supervision défailante des traitements. Cette dernière a entraîné la survenue de résistances des bacilles tuberculeux aux antibiotiques utilisés dans le traitement standard alors que le coût des médications de relais était hors de portée des budgets familiaux des autorités dakaroises.

L'extension de la maladie fut aussi exacerbée par les conséquences de l'échec des administrateurs publics à uniformiser l'offre de soins entre Dakar et le reste du Sénégal à l'heure d'une mobilité humaine non seulement accélérée mais facilitée. En n'ayant pas édifié dans les autres régions du Sénégal des services de santé pouvant permettre une bonne prise en charge des tuberculeux, mais aussi en ne les ayant pas dotés d'un personnel de santé formé aux tâches relatives à la gestion de la tuberculose, les gouvernements qui se sont succédé ont créé des conditions qui ont complexifié la gestion de la maladie. Si les déplacements des malades qui cherchaient à bénéficier des conditions préférentielles de traitement à Dakar favorisaient la dissémination du bacille tuberculeux, l'incapacité des services antituberculeux de Dakar de répondre à la forte demande de soins a elle assurément participé à entraver la bonne conduite des traitements par un personnel spécialisé limité. L'impact de ces moyens limités mis à la disposition des acteurs de la lutte contre la tuberculose met ainsi la lumière toute l'importance que les ressources allouées ont sur l'organisation d'une stratégie à la hauteur des problèmes médico-sanitaires d'un état.

En plus de la question des ressources, l'absence d'une indépendance réelle de l'état sénégalais vis-à-vis de ses bailleurs a contribué à expliquer l'échec du contrôle de la tuberculose à partir de 1960. Si en fait des distances n'ont pu être prises avec le plan de lutte mis en place par l'autorité française au lendemain du second conflit mondial, ce fut tout simplement parce que l'état du Sénégal indépendant ne disposait pas des moyens humains et techniques nécessaires

pour construire une politique sanitaire nationale qui prend en charge les facteurs réels qui déterminaient les problèmes sanitaires du pays. Le recours à l'assistance d'organismes internationaux et le maintien d'un personnel occidental plus porté vers une prise en charge médicale de la santé plutôt qu'à des interventions sociales a ainsi entraîné une perte de vue des logiques sociales qui expliquaient la réponse des populations aux différentes mesures sanitaires et médicales auxquelles elles étaient soumises.

Il ne s'agit pas pour autant d'avancer ici qu'un programme antituberculeux uniquement porté par les autorités sénégalaises aurait donné de meilleurs résultats. Aujourd'hui encore se posent aux acteurs de la lutte contre la tuberculose des défis majeurs tels l'insuffisance du dépistage des malades, le problème des résistances multiples alors que les moyens financiers disponibles restent très limités. Le recours à une assistance extérieure demeure d'ailleurs incontournable, avec tout ce que cela implique en matière de relégation des facteurs extra-médicaux qui exacerbent le problème de la tuberculose. Il semble d'ailleurs que, à l'heure d'une santé mondiale obsédée par les solutions techniques et verticales, ciblant une maladie à la fois, le Sénégal ait encore du chemin à faire: le Plan stratégique antituberculeux en vigueur depuis 2018 s'inscrit dans le programme *End-Tb* d'ici 2035 de l'OMS; il est structuré autour de la quête d'une plus grande couverture des soins, des activités de prévention et la recherche de nouvelles connaissances et innovations scientifiques pouvant changer radicalement la prévention et les soins de la tuberculose⁹⁷⁹. Couverture thérapeutique, innovations scientifique: la dimension sociale de la maladie semble, encore une fois, avoir été complètement négligée.

⁹⁷⁹ OMS, Stratégie et cibles de la lutte antituberculeuse après 2015. <https://www.who.int/tb/>.

Références bibliographiques

Sources

Archives

Archives nationales de Dakar (Dakar, Sénégal)

- Fonds du Gouvernement Général de l'AOF
- Fonds de la Fédération du Mali
- Fonds Vice-Présidence
- Fonds du Sénégal moderne
- Bulletin du Gouvernement général de l'A.O.F
- Journal officiel du Sénégal et dépendances
- Journal officiel de l'Afrique occidentale française

Archives de l'OMS, (Genève, Suisse)

- Dossiers centralisés 1^e et 2^e génération : tuberculose, Bureaux régional de l'Afrique

Archives nationales d'outre-mer (Aix-en-Provence, France)

- Fonds ministériels
- Affaires politiques

Archives du Pharo, (Toulon, France)

- Fonds du Service de santé : documentation territoires d'outre-mer (AOF et Togo)

Journaux

- Annales d'hygiène coloniale
- Annales de l'institut Pasteur
- Annales de médecine et de pharmacie coloniale
- Archives de médecine navale

- Bulletin de l'Académie nationale de médecine
- Bulletin de la société de pathologie exotique
- Bulletin de la société médico-chirurgicale française de l'ouest africain
- Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française
- Bulletin médical de l'A.O.F
- La Dépêche coloniale illustrée
- La presse médicale
- L'Hygiène sociale
- Médecine d'Afrique noire

Entrevues

Moustapha Dieng ancien, 17 octobre 2007.

Ibrahima Bèye, 22 octobre 2007

Amy Tine, 20 avril 2008

Monographies et ouvrages spécialisés

Abbatucci, Severin. *Médecins coloniaux*. Paris: Larose, 1928.

D'Almeida-Topor, Hélène. *L'Afrique au XXe siècle*. Paris: Armand Collin, 1999.

Amin, Samir. *L'Afrique de l'ouest bloquée*. Paris: Éditions de Minuit, 1971.

Anderson, Warwick. *Colonial pathologies. American tropical medicine, race, and hygiene in the Philippines*. Durham: Duke University Press, 2006.

Arnold, David. *Colonizing the body: State, medicine and epidemic disease in Nineteenth-century India*. Berkeley et Londres: California University Press, 1993.

Audet, François, Desrosiers, Marie-Ève, Roussel, Stéphane. *L'aide canadienne au développement*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2008.

Bado, Jean-Paul. *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase, humaine et onchocercose*. Paris: Karthala, 1996.

Bardet, Jean Pierre, Bourdelais, Patrice et Guillaume, Pierre. *Peurs et Terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis*. Paris: Fayard, 1988.

Barnes, David S. *The making of a social disease: Tuberculosis in nineteenth-century France*. Berkeley: University of California Press, 1995.

Barry, Boubacar. *La Sénégambie du XVe au XIXe siècle: traite négrière, Islam et conquête coloniale*. Paris: L'Harmattan, 1988.

- Bathily, Abdoulaye. *Les portes de l'or, Le royaume de Galam (Sénégal) de l'ère musulmane au temps de négriers (VIIIe XVIIIe siècle)*. Paris: L'Harmattan, 1989.
- Battesti, Michèle. *La Marine au XIXe siècle. Interventions extérieures et colonies*. Paris: Du May, 1993.
- Bérenger Féraud, Laurent J.B. *Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal*. Paris: Adrien Delahaye et Cie, 1875.
- . *De la fièvre jaune au Sénégal (Étude faite dans les hôpitaux et Saint-Louis et Gorée)*. Paris: André Delahaye, 1874.
- Betts, Raymond F. *Assimilation and Association in French colonial Theory*. New York: Columbia University Press, 1961.
- Borius, Alfred. *Recherches sur le climat du Sénégal*. Paris: Gauthier-Villard, 1875
- . *Les maladies du Sénégal: topographie, climatologie et pathologie de la partie de la côte occidentale d'Afrique comprise entre le Cap blanc et le Cap Sierre Léone*. Paris: J.B. Baillière et fils, 1882.
- . *Histoire de la colonisation française, Tome 2, flux et reflux (1815-1862)*. Paris: Fayard, 1991.
- Bouche, Denise. *L'enseignement dans les territoires français de l'Afrique occidentale de 1817 à 1920. Mission civilisatrice ou formation d'une élite?*, Lille: Atelier de reproduction des thèses, 1975.
- Brunschwig, Henri. *Noirs et Blancs dans l'Afrique noire française*. Paris: Flammarion, 1983.
- Buell, Raymond L. *The Native problem in Africa*. New York: MacMillan, 1928.
- Calmette, Albert. *L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Processus d'infection et de défense. Étude biologique et expérimentale*. Paris: Masson, 1920.
- Capelle, Jean. *L'éducation en Afrique noire à la veille des Indépendances*. Paris: Karthala - ACCT, 1990.
- Caron, Jean-Claude, Vernus, Michel. *L'Europe au XIXe siècle. Des nations au nationalisme 1815-1914*. Paris: Armand Colin, 1996.
- Charpin, Jacques, Charpin, Denis. *La tuberculose*. Paris: PUF, 1983.
- Charpy, Jacques. *La Fondation de Dakar*. Paris: Larose, 1958.
- Conklin, Alice L. *A Mission to Civilize. The Republican Idea of Empire in France and West Africa, 1895-1939*. Stanford: Stanford University Press, 1997.
- Cooper, Frederick. *L'Afrique depuis 1940*. Paris: Payot, 2002.

- Cornevin, Marianne. *Histoire de l'Afrique contemporaine de la deuxième guerre mondiale à nos jours*. Paris: Payot, 1972.
- Cosnier, Henri. *L'ouest africain: ses ressources agricoles, son organisation économique*. Paris: Émile Larose, 1921.
- Crowder, Michael. *Senegal: A study of French assimilation policy*. Londres: Oxford University Press, 1962.
- Dédet, Jean-Pierre. *Les Instituts Pasteur d'outre-mer: cent ans de microbiologie française dans le monde*. Paris: L'Harmattan, 2001.
- Deherme, Georges. *Afrique occidentale française; action politique, action économique, action sociale*. Paris: Bloud et Cie, 1908.
- Delarbe, Jules. *Les colonies françaises, leur organisation, leur administration et leurs principaux actes organiques*. Paris: Ministère de la Marine et des colonies, 1877.
- Delarue, Jacques. *La tuberculose*. Paris: PUF, 1972.
- Deschamps, Hubert. *L'Union française*. Paris: Berger-Levrault, 1952.
- Dessertine, Dominique, Faure, Olivier. *Combattre la tuberculose, 1900-1940*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 1988.
- Diouf, Mamadou. *Histoire du Sénégal*. Paris: Maisonneuve et Larose, 2001.
- Dozon, Jean Pierre. *Frères et sujets. La France et l'Afrique en perspective*. Paris: Flammarion, 2003.
- Dubos, René et Dubos, Jean. *The white plague. Tuberculosis, man and society*. Boston: Brown and Company, 1952.
- Echenberg, Myron. *Les tirailleurs sénégalais en Afrique occidentale française (1857-1960)*. Paris et Dakar: CREPOS Karthala, 2009.
- Faidherbe, Louis Léon. *Notice sur la colonie du Sénégal et les pays qui sont en relation avec elle*. Paris: Arthur Bertrand, 1859.
- Farley, John. *To cast out disease. A history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. New York: Oxford University Press, 2004.
- Faure, Claude. *Histoire de la Presqu'île du Cap-Vert et des origines de Dakar*. Paris: Larose, 1914.
- Faure, Olivier. *Histoire sociale de la médecine*. Paris: Anthropos, 1994.
- Feldberg, Georgina. *Disease and class: Tuberculosis and the shaping of modern North American society*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1995.
- Gallay, Henri. *Trois années d'AMI et de lutte contre la variole: 1905, 1906, 1907*. Paris: Larose, 1909.

- Gaudillière, Jean Paul. *La médecine et les sciences*. Paris: La Découverte, 2006.
- Grall, Charles. «L'assistance médicale indigène aux colonies», *Compte rendu des travaux du congrès colonial de Marseille*, tome III. 270-283. Paris: Augustin Challamel, 1907.
- Gouzien, Paul. *L'effort sanitaire dans les colonies françaises de 1880 à nos jours*. Marseille: Barlatier, 1923.
- Grellet, Isabelle, Kruse, Caroline. *Histoires de la tuberculose. Les fièvres de l'âme 1800-1940*. Paris: Ramsay, 1983.
- Guillaume, Pierre. *Du désespoir au salut. Les tuberculeux aux 19^e et 20^e siècles*. Paris: Aubier, 1986.
- . *Le monde colonial XIXe-XXe siècle*. Paris: Armand Collin, 1999.
- Guillermard, Jean. *Histoire de la médecine aux armées, tome 2, De la Révolution française au conflit mondial de 1914*. Paris: Lavauzelle, 1984.
- Harmand, Jules. *Domination et colonisation*. Paris: Flammarion, 1910.
- Harrison, Mark. *Disease and the modern world: 1500 to the present*. Cambridge: Polity Press, 2004.
- Hayter, Térésa. *French Aid*. Londres: Overseas Development Institute, 1966.
- Hesseling, Gert. *Histoire politique du Sénégal. Institutions, droit et société*. Paris: Karthala, 1985.
- Hopkins, Anthony Gérard. *An economic history of West Africa*. London: Longman, 1973.
- Illich, Ivan. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Seuil, 1975.
- Johnson, G. Wesley. *Naissance du Sénégal contemporain. Aux origines de la vie politique moderne (1900-1920)*. Paris: Karthala, 1991.
- Jolly, Jean. *Histoire du continent africain (des origines à nos jours)*, tome 2. Paris: L'Harmattan, 1989.
- Jojo, Charles. *Dakar, essai de géographie médicale et d'ethnographie*. Montdidier: Grou-Radenez, 1907.
- Lakroum, Monique. *Le travail inégal: paysans et salariés sénégalais face à la crise des années trente*. Paris, L'Harmattan, 1982.
- Landouzy, Louis. *Le rôle des facteurs sociaux dans l'épidémiologie de la tuberculose; les moyens de défense sociale contre la tuberculose*. Paris: Masson et Cie, 1912.
- Latour, Bruno. *Les microbes: guerre et paix, suivi de Irréductions*. Paris: A.M. Métailié, 1984.
- Ligot, Maurice. *Les accords de coopération entre la France et les États africains et malgache d'expression française*. Paris: La Documentation française, 1964.

- Lyons, Marynez. *The colonial disease: a social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900–1940*. Cambridge et New York: Cambridge University Press, 1992.
- Mathis, Constant. *L'œuvre des Pastoriens en Afrique noire, Afrique occidentale française*. Paris: PUF, 1946.
- Mbaye, Saliou. *Histoire des institutions coloniales françaises en Afrique de l'ouest, (1816-1960)*. Dakar: Imprimerie Saint-Louis, 1991.
- Macleod, Roy et Lewis, Milton, *Disease, medicine and empire: perspectives on Western medicine and the experience of European expansion*. Londres et New York: Routledge, 1988.
- M'Bokolo, Elikia. *Afrique noire: Histoire et civilisations*. Paris: Hatier-Aupelf, 1992.
- McKeown, Thomas. *The role of medicine: Dream mirage, or Nemesis?*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
- Michel, Marc. *Les Africains et la Grande Guerre. L'appel à l'Afrique (1914-1918)*. Paris: Karthala, 2003.
- Monnais, Laurence. *Médecine (s) et santé. Une petite histoire globale-19^e et 20^e siècles*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2016.
- Morrison, David. *Aid and ebb. A history of CIDA and Canadian development assistance*. Waterloo: Wilfried Laurier Press, 1998.
- Mortimer, Edward. *France and the Africans, 1944-60: A political history*. London: Faber & Faber, 1969.
- . *Médecine et colonisation: l'aventure indochinoise*. Paris: CNRS, 1999.
- Murard, Lion, Zylberman, Patrick. *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée, 1870-1918*. Paris: Fayard, 1996.
- Ndao, Mor. *Le ravitaillement à Dakar de 1914 à 1945*. Dakar: L'Harmattan, 2009.
- Ngalamulume, Kalala. *Colonial pathologies environment and Western medicine in Saint-Louis du Sénégal, 1867-1920*. New York: Peter Lang, 2012.
- Palmer, Steven. *Launching global health. The Caribbean odyssey of the Rockefeller Foundation*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2010.
- Pam, Adama Aly. *Colonisation et santé au Sénégal (1816-1960), crises épidémiques, contrôle social et evolution des idées médicales*. Dakar: L'Harmattan, 2018.
- Payet, Maurice, Sankalé, Marc. *Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes en Afrique de l'ouest*. Paris: Masson et Compagnie, 1968.

- Raffenel, Anne. *Nouveau voyage au pays des nègres: suivi d'études sur la colonie du Sénégal et de documents historiques, géographiques et scientifiques*. Paris: Imprimerie centrale et des chemins de fer, 1856.
- Reynaud, Augustin. *Études sur les épidémies de fièvre jaune au Sénégal*. Paris: Typographie Collombo et Brulé, 1882.
- Ribot, Georges et Lafon, Robert, *Dakar, ses origines, son avenir*. Paris: Larose, 1908.
- Ricard, François Pierre. *Le Sénégal, étude intime*. Paris: Challamel Ainé, 1865.
- Rollet-Échalier, Catherine. *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République*. Paris: PUF, 1990.
- Sankalé, Marc. *Médecins et action sanitaire en Afrique noire*, (Paris: Présence africaine, 1969)
- Sarraut, Albert. *La mise en valeur des colonies*. Paris: Payot, 1923.
- Seck, Assane Seck. *Dakar, métropole ouest africaine*. Paris: UNESCO, 1999.
- Shryock, Richard Harrison. *Histoire de la médecine moderne, Facteur scientifique, facteur moderne*. Paris: Armand Collin, 1956.
- Sinou, Alain. *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal. Saint-Louis, Gorée, Dakar*. Paris: Kartala-ORSTOM, 1993.
- Sinou, Alain, Poinso, Jacqueline, Sternadel, Jaroslav. *Les villes d'Afrique noire. Politiques et opérations d'urbanisme et d'habitat entre 1650 et 1960*. Paris: Ministère de la coopération et du développement, 1989.
- Schachter-Morgenthau, Ruth. *Political Parties in French-speaking West Africa*. Oxford: The Clarendon Press, 1964.
- Suret-Canale, Jean. *Afrique noire occidentale et centrale, tome 2, L'ère coloniale (1900-1945)*. Paris: Éditions sociales, 1977.
- Thévenot, Jean P. *Traité des maladies des européens dans les pays chauds et spécialement au Sénégal*. Paris: J.B. Baillière, 1840.
- Treille, Georges. *Organisation sanitaire des colonies: progrès réalisés, progrès à faire*. Marseille: Balatier, 1906.
- Villemin, Jean Antoine. *Études sur la tuberculose, Preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*. Paris: Baillière et fils, 1868.
- Walksman, Selman Abraham. *The conquest of tuberculosis*. California: University of California Press, 1965.
- Zuccarelli, François. *La vie politique Sénégalaise (1789-1940)*. Paris: Centre des hautes études sur l'Afrique et l'Asie modernes (CHEAM), 1987.

Articles et chapitres d'ouvrages

- Amrith, Sunil. «In search of a 'magic bullet' for tuberculosis: South India and beyond: 1965-1965». *Social History of Medicine* 17, 1, (2013):113-130.
- Andrew, Charles Maclean, Kanya Forstner, Alexander Sydney. «France, Africa, and the First World War». *The Journal of African history* 19, 1, (1978): 11-23.
- Anonyme. «Morphology, cultivation, and toxic products of the tubercle bacillus-tubercular Guinea-pigs under Koch treatment». *The Lancet* 137, 3519, (1891):309-311.
- . «La vaccination au BCG aux colonies». *Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, 32, (1934): 85-87.
- Arloing, S., Rodet, Courmont, J. «Étude expérimentale sur les propriétés attribuées à la tuberculine de M. Koch». *Annales de l'Université de Lyon* 6, 1, (1892): 1-99.
- D'Anfreville de la Salle, Léon. «Les récentes créations sanitaires de l'Afrique occidentale française». *La presse médicale*, 68, (1907): 545-547.
- . «Dakar et la colonisation française». *La Revue*. 15 juin (1912): 497-508.
- . «L'hygiène comparée de Bathurst et de nos villes sénégalaises». *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 8, (1910):546-549.
- . «Projet d'organisation de services d'hygiène publique dans nos colonies exotiques». *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 10, (1917): 412-423.
- Asiwaju, A.I. «Control Through Coercion; A Study of the Indigénat Regime in French West African Administration, 1887-1946». *Journal of the Historical Society of Nigeria* 9, 3, (1979), 91-124
- Autra, Ray. «Historique de l'enseignement en AOF». *Présence africaine*, 6, (1956): 68-86.
- Barry, Boubacar. «La Sénégambie du XVI^e au XVIII^e siècle: évolution des wolofs, des séereers et des tukuloor» dans *Histoire générale de l'Afrique, vol. V: L'Afrique du XVI^e au XVIII^e siècle*, Bethwell Allan Ogot, dir. 301-340. Paris: UNESCO, 1999.
- Bégué, Pierre. «Albert Calmette: A propos du 150^e anniversaire de sa naissance». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 197, 7, (2013): 1476-1484.
- Betts, Raymond F. «Dakar, ville impériale» dans *Colonial cities. Essays on urbanism in a colonial context*. Robert J. Cross et Gerard J.Telkamp eds. 193-206. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1985.
- Blanchard, Maurice. «L'École de médecine de l'AOF, de sa fondation à 1934». *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, 33, (1935): 90-111.
- . «La prémunition antituberculeuse par le BCG à Dakar», *Bulletin de la Société de pathologie* 26, (1933): 894-896.

- . «La prémunition par le BCG à Dakar», *Bulletin social de pathologie exotique* 25,4, (1932): 366-368.
- Boiron, Henri. «Note sur l'immunité antiamarile chez les habitants de Dakar». *Bulletin médical d'A.O.F.* 6, (1949): 7-12.
- Boiron, Henri, Sénécal, Jean, Couturier, Pierre. «La vaccination par le BCG en Afrique noire française» dans *Journées africaines de pédiatrie*. 46-61. (Paris: Presses de l'imprimerie Villain et Bar, 1960.
- Bonah, Christian. «“The experimental stable” of the BCG vaccine: safety, efficacy, proof and standards, 1921-1933». *Studies in history and philosophy of biological and biomedical sciences*, 36, (2005):696-721.
- Boiron, Henri. «Sur la vaccination par le BCG en Afrique occidentale française». *Bulletin médical de l'AOF* 6, (1949): 7-12.
- Borrel, Amédée. «Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires». *Annales de l'institut Pasteur*, 3, (1920):105-148.
- Bouche, Denise. «La France et la préparation de ses ressortissants d'outre-mer à la prise de responsabilités par l'accès aux études universitaires», dans *L'ère des décolonisations. Actes du colloque d'Aix-en-Provence*, Charles-Robert Ageron et Marc Michel, dir. 450-466. Paris: Karthala, 1995.
- Brévié, Jules. «La vie de l'AOF et l'école». *Bulletin de l'enseignement de l'Afrique occidentale française*, 73, (1930): 3-7.
- Bridger, Linda, Condrau, Flurin, Worboys, Michael. «Tuberculosis and its histories: then and now» dans *Tuberculosis Then and Now: perspectives on the History of an Infectious Disease*, Flurin Condrau, Michael Worboys, éd. 3-23. Montréal: McGill-Queen's University Press, 2010.
- Bryder, Linda. «We shall not find salvation in inoculation: BCG vaccination in Scandinavia, Britain and the USA, 1921-1960». *Social science and medicine* 49, 9, (1989): 1157-1167.
- Brooks, George E. «Peanuts and Colonialism: Consequences of the Commercialization of Peanuts in West Africa, 1830-70 ». *The Journal of African History* 16, 1, (1975): 29-54.
- Brunel, M., Leproux, Ph., Massat, R. «Chimiothérapie antibacillaire de relais dans les tuberculoses pulmonaires chroniques anciennes en milieu africain». *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française* 3, 6, (1963): 725-733.
- Brunel, M., Leproux, Ph., Chauvau, C. «La tuberculose pulmonaire au Sénégal en 1967». *Bulletin de la Société médicale d'Afrique noire de langue française*, 5, (1967): 425-433.
- Calmette, Albert, Guérin, Camille, Weill-Hallé, Benjamin, Nègre, Léopold, Boquet, Alfred, Wilbert, Robert, Turpin, Raymond. «Résultats des essais de prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin BCG (1921-1926)». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 95, (1925): 681-689.

- Carayon, André, «L'Hôpital principal de Dakar: plus d'un siècle d'histoire (1880-2000)». *Médecine tropicale*, 60, (2000): 141-143.
- Castet, M., Sarrat, H. «Étude de la sensibilité aux antibacillaires classiques des bacilles tuberculeux humains isolés à Dakar en 1966 ». *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française* 12, 1, (1967): 407-410.
- Caussin, J. «Études du test tuberculique dans les collectivités scolaires d'AOF. Réflexion sur quelques aspects du problème de la tuberculose en AOF». *Bulletin médical de l'AOF* 8, 2, (1951): 130-144.
- . «L'application du BCG dans les collectivités scolaires de l'AOF». *Bulletin médical de l'AOF* 8, 2, (1951): 145-152.
- Cazanove, Frank. «L'Assistance Médicale». *L'hygiène sociale*, 63, (1931): 1191-1195.
- Chabal, J. «Introduction du Symposium sur la tuberculose pulmonaire». *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire*, 12, (1967): 389-390.
- Chabas, Jean. «L'Institut des Hautes Études de Dakar». *Civilisations* 4, 2, (1954): 263-265.
- Chippaux, Claude. «Le Service de santé des troupes de Marine». *Médecine tropicale* 40, 6, (1980): 166-180.
- Cohen, William B. «Health and colonialism in French black Africa» dans *Études africaines offertes à Henri Brunschwig*. 297-306. Paris: École des hautes études en sciences sociales, 1982.
- . «A century of modern administration from Faidherbe to Senghor». *Civilisations* 20, 1, (1970): 40-49.
- Condrau, Flurin. «Beyond the total institution: towards a reinterpretation of the tuberculosis sanatorium» dans *Tuberculosis then and now: perspectives on the history of an infectious disease*, Flurin Condrau et Michael Worboys, eds. 71-99. Montréal: McGill Queen University Press, 2010.
- Conil, «La politique sanitaire en AOF ». *Outre-Mer*, 2, (1934): 203-210.
- Cook, Harold. «From the Scientific Revolution to the Germ Theory» dans *Western Medicine, an illustrated history*, Irvine Loudon éd. 80-101. New-York: Oxford University Press, 1997.
- Coquery-Vidrovitch, Catherine. «Vendre: le mythe économique colonial» dans *Culture coloniale 1871-1931*, Sandrine Lemaire et Pascal Blanchard, dir. 163-175. Paris: Autrement, 2003.
- . «La mise en dépendance de l'Afrique. Essai de périodisation, 1800-1970». *Cahiers d'études africaines*, 61-62, (1976): 7-58.
- Cordell, Dennis D., Gregory, Joel W, Piché, Victor. «The demographic reproduction of health and disease: Colonial Central African republic and contemporary Burkina Faso» dans *The Social basis of health and healing in Africa*, Steven Feierman et John M Janzen, eds. 39-70. Californie: California University Press, 1992.

- Cottureau, Alain. «La tuberculose, maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail? Critique d'une épidémiologie officielle: le cas de Paris». *Sociologie du travail*, 2, (1978): 192-224.
- Couvy, Louis. «Prophylaxie de la tuberculose à Dakar». *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'ouest africain* 20, (1927): 138-144.
- . «Sur la tuberculose à Dakar (A propos de la communication de MM Mathis et Durieux sur la tuberculose en Afrique occidentale française)». *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'ouest africain et de Madagascar* 23, (1930): 664-667.
- . «Au sujet de la tuberculose à Dakar». *Bulletin de la société de pathologie exotique* 20, (1927): 450-455.
- . «Formation morale et technique des médecins indigènes». *L'hygiène sociale*, 63, (1931): 1199-1200.
- Crowder, Michael, Osuntokun, Jide. «The First World War and West Africa, 1914-1918» dans *The Cambridge history of Africa*, Jacob Festus Ade Ajayi, Michael Crowder éd. 546-578. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- Cros, J, Baylet, R. «État nutritionnel des enfants dans les familles de tuberculeux à Dakar». *Bulletin de la Société médicale d'Afrique noire*, 12, (1967):392-406.
- Cuisinier Reynald, Jean-Claude. «L'Hôpital principal de Dakar à l'époque de l'AOF de 1895 à 1958» dans *AOF: réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Charles. Becker, Saliou Mbaye et Ibrahima Thioub, éd. 1188-1192. Dakar: Direction des Archives du Sénégal, 1997.
- Cumming, Gordon. *Aid to Africa: French and British policies from the Cold War to the New Millennium*. Ashgate: Burlington, 2001.
- Curasson, Georges. «Relations entre la tuberculose humaine et la tuberculose porcine à Dakar». *Bulletin de la Société médico-chirurgicale française de l'ouest-africain*, 4, (1919): 7-11.
- Curtin, Philip D. «The white man's grave: Image and reality, 1780-1850». *Journal of British studies*, 1, (1961): 94-110.
- Le Dantec, Aristide. «L'école de médecine de Dakar». *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 8, (1920):623-638.
- Darmon, Pierre. «La Grande Guerre des Soldats tuberculeux. Hôpitaux et stations sanitaires». *Annales de démographie historique*, 1, (2002), 35-55.
- Debroise, A., Senghor, G., Dan, V., Satgé, P. «Incidence et formes cliniques de la tuberculose infantile dans le service de pédiatrie de Centre hospitalier universitaire de Dakar». *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire*, 12, (1967): 416-424
- Dauchy, S., Baylet, R. «Comportement du malade tuberculeux et de sa famille. Enquêtes menées à Dakar par les étudiants de médecine de 5^e année». *Bulletin de la Société médicale d'Afrique noire*, 12, (1967): 443-453.

- Deboeuf, Moyne. «La tuberculose indigène extra-hospitalière à Dakar, en 1931». *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'ouest africain et de Madagascar* 25, (1932): 663-664.
- Delrieu, Maurice. «Organisation du service de santé en Afrique occidentale française». *Annales d'hygiène coloniale* 12, 23, (1914): 349-360.
- Diop, Majhemout, Birmingham, David, Hrbek, Ivan, Margarido, Alfredo, Niane, Djibril Tamsir. «L'Afrique tropicale et l'Afrique équatoriale sous la domination française, espagnole et portugaise» dans *Histoire générale de l'Afrique*, Tome VIII, *L'Afrique depuis 1935*, Ali Al'amin Mazrui, dir. 77-94. Paris: Unesco, 1998.
- Dresch, Jean. «Villes d'Afrique noire». *Cahiers d'outre-mer*, 11, (1950):200-230.
- Dozon, Jean Pierre. «Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil». *Sciences sociales et santé* 3, (1985): 27-56.
- Fassin, Didier. «L'internationalisation de la santé: entre culturalisme et universalisme». *Esprits*, 229, (1997): 83-105.
- Faure, Olivier. «La médicalisation vue par les historiens» dans *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas* Pierre Aiach et Daniel Delanoe, dir. 33-51. Paris: Economica, 1998.
- Fournials, Maurice. «La tuberculose à l'Hôpital principal de Dakar en 1931». *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 25, (1932):657-658.
- Gamble, Harry. «La crise de l'enseignement en Afrique occidentale française (1944-1950)». *Histoire de l'éducation*, 128, (2010): 129-162.
- Gandy, Matthew. «Life without germs: Contested episodes in the history of tuberculosis in the return of white plague» dans *The return of the white plague. Global poverty and the 'new' tuberculosis*, Matthew Gandy, Alimuddin Zumla éd. 15-38. London et New York: Verso, 2003.
- Gheorghiu, Marina. «Le BCG, vaccin contre la tuberculose: leçons du passé pour aujourd'hui» dans *L'aventure de la vaccination*, Anne Marie Moulin, dir. 219-228. Paris: Fayard, 1996.
- Grall, Charles. «L'assistance médicale indigène aux colonies». *Compte rendu des travaux du congrès colonial de Marseille*, tome III, 270-283. Paris: Augustin Challamel, 1907.
- Greenwood, M. «Professor Calmette's statistical study of BCG vaccination». *British medical journal* 1, 3514, (1928): 793-795.
- Hayter, Teresa. «French aid to Africa- its scope and achievements», *International Affairs* 41, 2, (1965):236-251.
- Heckenroth, Ferdinand. «L'habitation indigène à Dakar». *Bulletin de la société de pathologie exotique* 19, (1926): 141-155.

- Heckenroth, Marcel, Pelleret-Issarte, Andrée «Aspects médico-sociaux de la tuberculose pulmonaire à Dakar: d'après une enquête sur 500 malades adultes africains». *Bulletin médical de l'AOF* 2, 3, (1957): 267-280.
- Houyet, A. «L'œuvre de l'Assistance médicale aux indigènes en A.O.F. et son centre de Dakar». *Bulletin de la Société belge d'études coloniales*, 5-6, (1923): 273-289.
- Hubert, Lucien. «L'Afrique occidentale». *Revue coloniale*, 19, (1907): 217-244.
- Heckenroth, Ferdinand, Bergonier, E. «Renseignements démographiques sur Dakar en 1922». *Bulletin social de pathologie exotique* 16, (1923): 438-463.
- Jaccoud, M. «Sur l'action de la lymphé de Koch chez le cobaye sain». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 6, (1891): 226-227.
- Javelly, Marc. «Renseignements démographiques sur Dakar en 1921». *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'ouest africain* 15, (1922): 667-671.
- Jourdier, F. «Le Vieux Sénégal et le plus grand Sénégal». *La Dépêche coloniale illustrée*, 5, (1912): 55-66.
- Kane, A. «Rôle de l'ASLAT dans la lutte contre la tuberculose», *Bulletin du Comité national pour l'action sociale*, 1, (1969): 797-804.
- Kermorgant, Alexandre. «Maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1903». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 57, (1907): 74-97.
- . «La tuberculose dans les colonies françaises et plus particulièrement chez les indigènes. D'après les documents fournis par les chefs du service de santé». *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, 9, (1906): 220-241.
- . «Assistance publique aux colonies». *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 14, (1898): 244-258.
- Laberge, Marie-France Laberge. «Les instituts Pasteur du Maghreb: la recherche médicale dans le cadre de la politique coloniale». *Revue française d'histoire d'outre-mer* 74, 274, (1987): 27-42.
- Lambert, Louis. «La tuberculose à l'Hôpital central indigène de Dakar pendant l'année 1931». *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'ouest africain et de Madagascar* 25, (1932): 662-663.
- Landouzy, Louis. «La guerre et la réforme du soldat tuberculeux». *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 37, (1915): 209-226.
- Lasnet, Alexandre. «Note concernant l'état sanitaire des divers contingents, européens et indigènes de l'Armée du Rhin». *Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, 20, (1922): 273-289.

- . «Formation et recrutement du personnel médical aux colonies». *L'Hygiène sociale*, 63, (1931):1196-1198.
- Lavergne, V. «Le service de santé militaire et la lutte antituberculeuse pendant la guerre». *Revue d'hygiène*, 44, (1922): 875-906.
- Léger, Marcel et Huchard, Gaston. «Contribution à l'étude de la tuberculose au Sénégal, cuti-réaction chez les enfants de Dakar». *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'Ouest africain* 15, (1922): 344-348.
- Léger, Marcel. «La tuberculose au Sénégal. Etude historique». *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, (1922): 529-548.
- Légier, Henri Jacques. «Institutions municipales et politique coloniale: Les communes du Sénégal». *Revue française d'histoire d'outre-mer* 55, 201, (1968): 414-464.
- Leproux, Ph., Brunel, M., Ba, H, Nicolas, J.724. «Devenir des tuberculeux pris en charge par le Centre de phtisiologie de Dakar (étude critique, avec trois ans de recul, de 1191 dossiers)». *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française* 3, 6, (1963):715-724.
- Lhuerre, H. «La peste à Dakar: Étude clinique et thérapeutique». *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'ouest africain*, 9, (1922): 874-910.
- . «Note sur le fonctionnement de l'Institut d'hygiène sociale de Dakar». *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'ouest africain et de Madagascar* 21, (1928): 329-334.
- Lignières, José. «Contribution à l'étude des qualités pathogènes du vaccin BCG contre la tuberculose». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 91, 98, (1927): 127-145.
- Lupton, Deborah. «Foucault and the medicalisation critique» dans *Foucault health and medicine*, Alan Petersen et Robin Bunton, eds. 94-111. London: Routledge, 1998.
- Ly, Boubacar. «Les évolués dans la société coloniale» dans *Mélanges offerts en hommage au professeur Cheikh Ba: sciences humaines; langues, littérature, civilisations*, Cheikh Ba, Alioune Ba, Paul Ndiaye, dir. 581-593. Dakar, Presses universitaires de Dakar ,2003.
- Malowist, Marian , «La Lutte pour le commerce international et ses implications pour l'Afrique» dans *Histoire générale de l'Afrique, vol. V: L'Afrique du XVIe au XVIIIe siècle*, Bethwell Allan Ogot, dir. 19-42. Paris: UNESCO, 1999.
- Mann, Gregory . «What was The indigénat? The empire of law in French West Africa». *Journal of African History*, 50, (2009): 331-353
- Marchoux, Émile. «Fonctionnement du laboratoire de microbiologie de Saint-Louis (Sénégal) et note sur la dysenterie des pays chauds». *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, 3, (1900): 119-31.

- . «Rôle du pneumocoque dans la pathologie des indigènes du Sénégal et dans la pathogénie de la maladie du sommeil». *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 2, (1899): 5-22.
- Marfaing, Laurence. «L'implantation des maisons de commerce au Sénégal et la réaction du commerce africain» dans *Commerce et commerçants en Afrique de l'Ouest. Le Sénégal*, Boubacar Barry et Leonhard Harding dir. 309-346. Paris: L'Harmattan, 1992.
- Mathis, Constant. «A propos de la vaccination des nourrissons noirs contre la tuberculose par le vaccin BCG». *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'ouest africain* 17, (1924): 938-939.
- Mbodj, Mohamed. «Sénégal et dépendances: Le Sine Saloum et l'arachide, 1887-1940» dans *Sociétés paysannes du Tiers-monde*, Catherine Coquery-Vidrovitch, dir. 139-154. Lille: Presses universitaires de Lille, 1980.
- M'Bokolo, Élikia. «Histoire des maladies, Histoire et maladie: l'Afrique» dans *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Marc Auge et Claudine Herzlich éd. 155-185. Paris: Archives contemporaines, 1984.
- . «Peste et société urbaine à Dakar: l'épidémie de 1914». *Cahiers d'études africaines*, 85-86, (1982): 13-46.
- Menut, Philippe. «The Lübeck catastrophe and its consequences for anti-tuberculosis BCG vaccination» dans *Singular Selves. Historical Issues and Contemporary Debates in Immunology*, Anne-Marie Moulin et Alberto Cambrosio éd. 202-210. Amsterdam: Elsevier, 2001.
- Mercier, Paul. «L'évolution des élites sénégalaises». *Bulletin international des sciences sociales* 8, 3, (1956): 448-460.
- . «Aspects des problèmes de stratification sociale dans l'ouest africain». *Cahiers internationaux de Sociologie* 17, (1954): 47-65.
- Merle, Isabelle. «De la 'légalisation' de la violence en contexte colonial. Le régime de l'indigénat en question». *Politix* 17, 66, (2004): 137-162.
- Michel, Marc. «Le corps de santé des Troupes Coloniales» dans *Histoire des Médecins et pharmaciens de Marine et des colonies*, Pierre Pluchon dir. 185-213. Toulouse: Privat, 1985.
- Miles, S. «The white man's grave-West Africa yesterday and today». *The journal of the Royal navy medical service*, 30, (1944): 30-33.
- Monnais, Laurence. «Preventive medicine and "Mission civilisatrice"». *International journal of Asia Pacific studies* 2,1, (2006): 40-66.
- Morazé, Charles. «Dakar». *Annales de géographie*, 258, (1936): 607-631.

- Moulin, Anne Marie. «Patriarchal science: The network of the overseas Pasteur Institutes» dans *Science and empires. Historical studies about scientific development and European expansion*, Patrick Petitjean, Catherine Jami et Anne Marie Moulin éd. 307-322. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992.
- Ndao, Mor. «Colonisation et politique de santé maternelle et infantile au Sénégal (1905-1960)». *French Colonial History* 9, (2008): 191-211.
- Newbury, Colin Walter. «The protectionist revival in French colonial trade: The case of Senegal». *The economic history review* 21, 2, (1968): 337-348.
- Noc, Ferdinand, Huchard, Henri. «La tuberculose à Dakar ». *Bulletin de la société médico-chirurgicale française de l'ouest africain*, 6, (1920): 168-170.
- Nogué, J. «Les questions intéressants l'Afrique occidentale française traitées au congrès de médecine de Saint-Paul-de-Loanda». *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, 1, (1923): 563-605.
- Noir, J. «L'organisation de l'Assistance médicale indigène en Afrique occidentale française. L'importance de son rôle. Les difficultés de son fonctionnement. La question du recrutement des médecins de colonisation». *Le concours médical*, (1931): 13-14.
- Nzogué, Jean Baptiste, Camara, Fatoumata, Kuaban, Christopher. «La lutte contre la tuberculose au Cameroun et au Sénégal (1924-1996) dans *Sida et tuberculose: la double peine? Institutions, professionnels et sociétés face à la confection au Cameroun et au Sénégal* Laurent Vidal et Christopher Kuaban, dir. 57-86. Louvain-La-Neuve, Academia, 2012.
- O'Brien, Rita Cruise. «Colonisation to co-operation? French technical assistance in Senegal». *The Journal of Development Studies* 8, 1, (1971): 45-58.
- Pasquier, Roger. «Villes du Sénégal». *Revue française d'histoire d'outre-mer* 47, 168-169, (1960): 387-426.
- Patterson, Karl David, Hartwig, Gerald H. «The disease factor: an introductory Overview» dans *Disease in African, history: An introductory survey and case studies*, Mario Joaquin, Gerald W. Hartwig et Karl David Patterson éd. 3-24. Durham: Duke University Press, 1978.
- Payet, Maurice. «Historique de l'organisation de la médecine en Afrique noire d'expression française». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 19-20, (1960): 405-409.
- Pellegrino, A, Palud, Y. «Opération de dépistage de la tuberculose pulmonaire en 1951-1952 parmi les écoliers de la Presqu'île du Cap-Vert» dans, *Problèmes de l'Enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. 215-216. Paris, Centre internationale de l'enfance (CIE), 1953.
- Pellegrino, A., Cayret, A. «Le dépistage de la tuberculose dans les milieux scolaires de Dakar (1951-1952)», *Bulletin médical de l'AOF* 9, 2, (1952): 341-349

- Rainaut, Jean. «Historique de la création du service de neuropsychiatrie de Fann». *Psychopathologie africaine* 17, 1-2-3, (1981): 431-435.
- Raviglione, Mario C., Pio, Antonio. «Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001». *The Lancet*, 359, (2002): 775-780.
- Rigollet, Lucien. «A propos de l'épidémiologie de la peste». *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de sa filiale de l'ouest africain*, 6, (1922): 502-506.
- Rodney, Walter. «L'économie coloniale» dans *Histoire Générale de l'Afrique, VII. L'Afrique sous domination coloniale, 1880-1935*, Albert Adu Boahen dir. 361-380. Paris: U.N.E.S.C.O., 1987.
- Rouan, Maurice, Tete, Edmond «Les résultats radiocliniques obtenus par le traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire à Dakar». *Revue de tuberculose et de pneumologie* 23, 10-11, (1959):1051-1062.
- Sankalé, Marc. «L'assistance et la coopération sanitaires internationales» dans *Cliniques africaines*, Payet, Maurice, Pène, Pierre, Sankalé Marc, Collomb, H, Basset, A, Linhard, J., Baylet, R., Armengaud, M, Basset, M, Bernou, J.C. et al. 483-501. Paris: Gauthier, 1966, 488.
- «La place de l'action sanitaire dans le développement». *Afrique Documents*, 87, (1966): 170-174.
- . «Note sur l'actualité sanitaire en Afrique: du désenchantement au réalisme». *Présence africaine*, 124, (1982): 5-15.
- Sankalé, Marc, Ndiaye, P., Beye, I. «Étude d'opinion sur la tuberculose en milieu dakarois». *Médecine d'Afrique noire*, n°6, (1969): 541; 547.
- Sankalé, Marc, Baylet, R., Collomb Henri, Ayats, A., Ba, H., Cros, J. «Urbanisation et santé» dans *Dakar en devenir*, Groupe d'études dakaroises 265-297. Paris: Présence africaine, 1968.
- Sankalé Marc, Diop, B., Frament, V., Ancelle, J.P. «Aspects de la tuberculose pulmonaire de l'adulte en milieu hospitalier en médecine générale à Dakar (A propos de 247 cas)». *Bulletin de la Société médicale d'Afrique noire*, 12, (1967):411-415.
- Sanner, Louis. «Tâches et problèmes de la santé publique en AOF». *Bulletin médical de l'AOF*, n°spécial, (1954): 1-55.
- Sanner, Louis, Habay, J. «L'organisation de la santé publique dans une fédération de la France d'outre-mer, l'AOF». *Semaine médicale*, 40, (1952): 1-8.
- Sar, A., Fofana, I., Banny, K. «Esprit et situation de l'enseignement en Afrique noire». *Présence africaine*, 11, (1956): 71-83.
- Schnapper, Bernard. «La fin du régime de l'exclusif: Le commerce étranger dans les possessions françaises d'Afrique tropicale (1817-1870)». *Annales africaines*, (1959), 149-199.

- Sénécal, Jean, Raoult, A., Michel, L., Houssiaux, M. J. P. «La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital central africain» dans *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. 200-208. Paris: CIE, 1952.
- Singaravélou, Pierre. «L'enseignement supérieur colonial. Un état des lieux». *Histoire de l'éducation*, 122, (2009): 71-92.
- Sinou, Alain. «Urbanisme et colonialisme: La production de la ville indigène au Sénégal au début du XXe siècle» dans *Processus d'urbanisation en Afrique 2*, Catherine Coquery-Vidrovitch dir. 25-37. Paris, L'Harmattan, 1988.
- Sisco. «Géographie médicale, Dakar». *Archives de médecine navale*, 90, (1908):241-261.
- Skomska-Godefroy, Jolanta. «La résistance contemporaine à la vaccination: le cas français» dans *L'aventure de la vaccination*, Anne Marie Moulin, dir. 423-437. Paris: Fayard, 1996.
- Snyder, Francis G. «Health policy and the Law in Senegal». *Osgoode hall law journal* 11, 1, (1973): 11-28.
- Suret-Canale, Jean, Boahen, Albert Adu. «L'Afrique occidentale» dans *Histoire générale de l'Afrique*, Tome VIII, L'Afrique depuis 1935, Ali Al'amin Mazrui, dir. 183-214. Paris: Unesco, 1998.
- Szreter, Simon. «Mortality decline c.1850-1914: A re-interpretation of the role of public health». *Social history of medicine* 1, 1, (1988): 1-38.
- Thiou, Ibrahima. «Économie coloniale et rémunération de la force de travail: le salaire du manoeuvre à Dakar de 1930 à 1954». *Revue française d'histoire d'outre-mer*, 305, (1994): 427-453.
- Thiroux, André. «Historique de l'Assistance médicale indigène dans les colonies françaises». *L'hygiène sociale*, 63, (1931):1188-1190.
- François Toullec, «La tuberculose des sénégalais: considérations épidémiologiques et prophylactiques». *Annales de médecine et de pharmacie coloniale* 29, (1931): 635-652.
- Vallery-Radot, Pasteur. «Le splendide effort de l'Afrique occidentale française». *Revue des deux mondes* 31, 1 (1936): 40-61.
- Van Dormael, Monique. «La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde». *Studies in health services organisation & policy*, 1, (1997): 1-38.
- Wagon, Pierre. «La tuberculose chez les noirs en Guinée française». *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 3, (1910): 21-22.
- Wallgren, Arvid. «Observations critiques sur la vaccination antituberculeuse de Calmette». *Acta Paediatrica*, 7, (1927): 120-137.
- Whittlesey, Derwent. «Dakar and the other Cape Verde Settlements». *Geographical Review* 31, 4, (1941): 609-638.

Worboys, Michael. «The Spread of Western medicine» dans *Western medicine. An illustrated history*, Irvine Loudon éd. 249-263. Oxford et New York: Oxford University Press, 1997.

Travaux académiques

Badiane, Latyr. «Étude d'une structure de santé: de l'Hôpital central indigène à l'Hôpital Aristide Le Dantec de 1914 à 1968». Mémoire de M.A. Université de Dakar, 2004.

Benga, Ndiouga Adrien. «L'évolution politique de la ville de Dakar de 1924 à 1960». Mémoire de M.A. Université de Dakar, 1989.

Diawara, Marième Anna. «Contribution à l'histoire des maladies dites sociales au Sénégal: la tuberculose à Dakar (1914-1945)». Mémoire de M.A. Université de Dakar, 1997.

Dieng, Mamadou Moustapha Dieng. «Famine-disette et épidémies dans la basse et moyenne vallée du fleuve Sénégal de 1854 à 1945». thèse de Ph.D. Université de Dakar, 1992.

Diop, Angélique Diop. «Santé et colonisation au Sénégal 1895-1914». thèse de Ph.D. Universités Paris I et Paris VII, 1982.

Faye, Ousseynou Faye. «Une Enquête d'histoire de la marge: production de la ville et populations africaines à Dakar, 1857-1960». thèse de Ph.D. Université de Dakar, 2000.

Gueye, Maodo. «Etude des épidémies à Dakar (1900-1945)». Mémoire de M.A. Université de Dakar, 1995.

Houmeavo, Aimée Grimaud. «Les médecins africains en AOF: étude socio-historique sur la formation d'une élite coloniale». Mémoire de M.A. Université de Dakar, 1978.

Mbaye, El hadji Mamadou. «Étude d'une profession de santé: les infirmiers du Sénégal de 1889 à 1968». Mémoire de M.A., Université de Dakar, 2002.

Nadio, Alidou. «Le traitement d'attaque de la tuberculose pulmonaire du noir non transplanté par la rifampicine (à propos de 75 malades)». thèse de Ph.D., Université de Dakar, 1976.

Ndao, Mor. «L'alimentation et la santé des enfants dans le Sénégal colonial, 1905-c. a 1960». thèse de doctorat d'état, Université de Dakar, 2011.

Ndoye, Awa. «Contribution à l'histoire de la santé. Les pathologies cholériques dans les villes de Dakar et de Gorée au XIXe siècle: les épidémies de 1869 et 1893». Mémoire de M.A. Université de Dakar, 1999.

Pam, Adama Ali. «Contribution à l'histoire de la santé. Les pathologies cholériques dans la vallée du fleuve Sénégal: l'épidémie de 1868-1869». Mémoire de M.A. Université de Dakar, 1996.

———. «Fièvre jaune et choléra au Sénégal: Histoire des idées, pratiques médicales et politiques officielles entre 1816 et 1960». Thèse de Ph.D. Université de Dakar, 2005.

Savaria, Jules F. «La traite arachidière au Sénégal». Thèse de Ph.D, Université de Montréal, 1978.

Thioub, Ibrahima. «Entreprises, entrepreneurs et état dans une économie dépendante. Domination étrangère et marginalisation des autochtones (Dakar-Sénégal) 1920-1973». thèse de Ph.D., Université Paris VII, 1989.

Rapports

Commission d'étude de la politique de coopération avec les pays en voie de développement. *French Aid: the Jeanneney Report; an abridged translation of La politique de coopération avec les pays en voie de développement*. Londres: Overseas Development Institute, 1964.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). *Tuberculose: Place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie*. Rapport d'expertise collective. Paris: INSERM, 2004.

Organisme de coordination et de coordination pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE). *Rapport final de la 9^e conférence technique de l'OCCGE*. Bobo Dioulasso: OCCGE, 1969.

OMS. *Tuberculosis control and research strategy for the 1990s, Report and Recommendations of a World Health meeting*. Genève, 26-27 Octobre, 1990.

———. *A tuberculin sensitivity survey in Dakar, Senegal*. OMS: Brazzaville, 1963.

Société d'études et de réalisations économiques et sociales dans l'Agriculture, *Rapport général sur les perspectives de développement du Sénégal*, (Dakar), 1960.

Documents Web

Bibliothèque nationale de France, Catalogue Général. <http://catalogue.bnf.fr>, GE D-8539.

Bonah, Christian, Menut, Philippe. «La longue marche d'un vétéran». *La Recherche*, 356, (2002).
<https://www.larecherche.fr>.

Diouf, Marie Sar. «Sur la supposée recrudescence de la tuberculose au Sénégal» *Sud quotidien*, 22 mai, 2019. http://www.sudonline.sn/nous-avons-cinq-a-six-mille-cas-manquants_a_44020.html.

Mansaray, Abdou Latif. «Lutte contre la tuberculose. Les médecins pansent la banlieue». *Le quotidien*, 25 mars, 2019. <https://www.lequotidien.sn/lutte-contre-la-tuberculose-les-medecins-pansent-la-banlieue>.

OMS, *Programme concernant la tuberculose, Quarante-sixième assemblée mondiale de la santé*, Genève, 14 mai 1993.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199753/WHA46_R36_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

L'Union Internationale contre la tuberculose, «Bref historique de l'Union». <https://www.theunion.org>.