



# Les prises en charge des pathologies vénériennes par le pouvoir colonial au Sénégal, 1850-1960. Eclairages et enseignements pour le sida.

Mor Ndao

## ► To cite this version:

Mor Ndao. Les prises en charge des pathologies vénériennes par le pouvoir colonial au Sénégal, 1850-1960. Eclairages et enseignements pour le sida. . Annales de la Faculté des Lettres et Science Humaines , Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal, 2009, pp.40-68. <halshs-01318181>

**HAL Id: halshs-01318181**

**<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01318181>**

Submitted on 19 May 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## *Mor NDAO, Maître de Conférences*

### *Les prises en charge des pathologies vénériennes par le pouvoir colonial au Sénégal, 1850 - 1960. Eclairages et enseignements pour le sida.*

#### Glossaire

AMI	: Assistance Médicale Indigène
ANS	: Archives Nationales du Sénégal
AOF	: Afrique Occidentale Française
CAOM	: Centre des Archives d'Outre Mer d'Aix en Provence
IMTSSA	: Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées
MISOES	: Mission Socio Economique de la Vallée du Fleuve Sénégal
MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
S.G.H.M.P:	Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie

#### *Abstract*

*Cette étude analyse l'ancienneté de la prise en charge des MST au Sénégal, la distribution géographique des pathologies vénériennes et les mécanismes de leur prise en charge (infrastructures, institutions, innovations thérapeutiques, lutte contre la prostitution, reconfiguration des professions).*

*Au total, le présent travail permet de mieux analyser la représentation du péril vénérien, d'appréhender les mutations intervenues dans la prise en charge des MST, d'évaluer les politiques de prise en charge des MST dans le Sénégal colonial et, ce faisant, mettre en parallèle le sida et les maladies du passé, notamment la syphilis*

*This article analyzes the seniority of the hold in charge of the MST to Senegal, the geographical distribution of the venereal pathologies and the mechanisms of their hold in charge (infrastructures, institutions, therapeutic innovations, struggle against prostitution,..).*

*In sum, the present work permits to analyze the representation of the venereal peril better, to fear the mutations intervened in the hold in charge of the MST, to value the policies of hold in charge of the MST in the colonial Senegal and, that making, to put in parallel the AIDS and the illnesses of the past, notably the syphilis*

Au Sénégal, la prise en charge des MST remonte à la deuxième moitié du XIXe siècle. Elle s'est traduite d'une part par la mise en place d'infrastructures, d'institutions, et d'une législation ainsi que par des mutations dans les professions de santé (infirmières visiteuses, assistantes sociales, médecine sociale). D'autre part, elle se caractérise par des dispositifs mis en place pour assurer le contrôle social, notamment des malades, et singulièrement les prostituées. La façon dont le pouvoir colonial perçoit la question des MST considérées comme « fléau social », stigmatisées retentit sur la gestion actuelle du sida. Ainsi, la représentation du péril vénérien, autrement dit le discours élaboré sur le « fléau vénérien » ainsi que l'idéologie qui le sous tend, les prises en charge révèlent de grandes similitudes avec la gestion du sida (stigmatisation, groupes à risque, surveillance sentinelle, prostitution).

L'élaboration de la présente étude a été réalisée à partir de sources,archivistiques, de travaux bibliographiques relatifs à la question, d'une série d'enquêtes orales et d'entretiens auprès de patients et de professionnels de santé et notamment de sources archivistiques coloniales. En fait, les fonds d'archives du Sénégal Colonial (1817-1960) et de l'AOF (1895-

1958), ceux de l'IMTSSA Le Pharo de Marseille et du Centre des Archives d'Outre Mer d'Aix en Provence concentrent l'essentiel des matériaux historiques centrés sur la santé. Les documents d'archives de l'IMTSSA Le Pharo de Marseille et du Centre des Archives d'Outre Mer d'Aix en Provence, de la série H consultés aux Archives Nationales du Sénégal, les travaux de médecins publiés dans les revues<sup>1</sup> livrent de précieuses informations permettant de produire une contribution à la connaissance d'un domaine d'étude modestement abordé par l'historiographie.

Une critique des sources s'impose tant les statistiques élaborées et formées par les services de santé, doivent être manipulées avec beaucoup de précautions. En effet, la littérature administrative coloniale, outre sa discontinuité liée aux gaps et ruptures dans les données, pose le problème de la véracité des informations et des statistiques dont la rigueur et la fiabilité sont fonction de leurs auteurs. En fait, le personnel médical (médecins, sages femmes, infirmières, matrones) chargé de l'exécution des enquêtes et de la collecte des données n'était pas préparé à cette tâche. Ainsi, les statistiques élaborées et formées par les services de santé, doivent être manipulées avec beaucoup de précautions.

La démarche, essentiellement historique, est basée sur l'exploitation des données et contenus, l'analyse des sources disponibles (archives, monographies, enquêtes cliniques, cartes épidémiologiques) pour aboutir à un éclairage sur le processus de prise en charge des MST.

La présente étude analyse d'abord l'ancienneté de la prise en charge des MST au Sénégal avant d'explorer, outre la distribution géographique des pathologies vénériennes, les mécanismes de prise en charge des pathologies vénériennes (infrastructures, institutions, innovations thérapeutiques, représentation du péril vénérien, lutte contre la prostitution, professionnels) au Sénégal de 1850 à 1960.

Cela nous permettra de mieux appréhender les mutations intervenues dans la prise en charge des MST et, ce faisant, évaluer les politiques de prise en charge des MST dans le Sénégal colonial avant de mettre en parallèle le sida et les maladies du passé, notamment la syphilis.

## **I Les MST dans le tableau nosologique colonial : Ancienneté et distribution**

### Introduction

#### ***I De l'ancienneté des maladies vénériennes dans le Sénégal colonial***

A partir de la seconde moitié du XIXe siècle, les conséquences dévastatrices de la syphilis notamment dans les villes coloniales et au sein des troupes constituent une préoccupation des autorités coloniales. En effet, les journées d'hospitalisation et d'indisponibilité observées chez les militaires<sup>2</sup> et les célibataires européens ont un impact réel sur le rendement des troupes non seulement dans les opérations de conquête, mais aussi de pacification.

Tableau No 1 *Syphilis dans les hôpitaux civils et militaires du Sénégal*

Années	Nombre de journées			Nombre de cas			Nombre de décès		
	Europ.	Indig.	Total	Europ.	Ind.	Total	Europ.	Ind.	Total

<sup>1</sup> On peut citer *Les Rapports de l'Institut Pasteur, les Annales de l'Institut Pasteur, le Bulletin de l'Institut Pasteur Les l'Institut Pasteur Statistiques sanitaires de l'ONU, Annuaire Epidémiologiques de l'OMS, Annales d'hygiène et de Médecine coloniale, Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale, Médecine Tropicale, Bulletin Médical de l'AOF, Médecine d'Afrique Noire, Archives de Médecine Naval, Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, Annales de l'Institut Pasteur (Paris, France), Archives de médecine et de pharmacie navales (Paris, France) Bulletin du comité d'études historiques et scientifiques de l'A.O.F. (Dakar, Sénégal) Bulletin des sciences pharmacologiques (Paris) (1899-1942). Revue d'histoire de la pharmacie, etc.*

<sup>2</sup> ANS Fonds AOF H 9 (159) Lettre du colonel Pujol à Gouverneur Général de l'AOF, No 149 datée du 4 juin 1897

1905	753	2886	3639	24	70	94	_	1	1
1906	583	2458	3041	21	56	77	_	_	_
1907	950	3569	4519	29	73	102	_	5	5
1908	805	4365	5170	29	83	112	_	6	6
1909	725	2518	3243	28	85	113	_	5	5

Source : Dr Merveilleux, « Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.) », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales* 1910, pp. 676-704, p.696.

A la fin du XIXe siècle, les pathologies vénériennes occupent une bonne place dans le tableau nosologique, notamment dans les villes coloniales à l'image de Saint-Louis.

Tableau No 2 Maladies relevées à Saint-Louis pendant la décennie 1888 - 1898

Catégories de maladies	1889	1891	1893	1895	1898
Syphilis*	63	45	31	26	33
Maladies chirurgicales	55	51	21	31	45
Béribéri	30	11	10	49	14
Fièvre	a 29/1	18/11	18/4	25/6	3/17
Dysenterie	27	29	29/76	40	16/5
Variole	16	_	_	15	1
Bronchite	15	14	16	10	7
Maladies génito-urinaires*	11	7	5/8	8/7	12/12
Dengue	9	_	_	2	_
Maladies oculaires	9	1	7	10	5
Maladies de la peau	7	7	8	7	6
Blennorrhagie/adénite*	3	_	_	_	_

Source ANS H16 Tableau synoptique des maladies et mouvements des malades pendant la période décennale 1889-1898.

a Européens

\*MST

Pendant la décennie 1888 – 1898, les MST avec 77 cas en 1889, 52 en 1890 et 57 en 1898, occupent la première place parmi les maladies relevées à Saint-Louis, ville cosmopolite et disposant de plusieurs garnisons.

Pour les autorités médicales, la prostitution clandestine serait à l'origine des nombreux cas de syphilis. A Saint Louis, un arrêté en date du 29 mars 1849 mettait en place un dispensaire de salubrité publique destiné à contenir la prostitution clandestine en plein essor dans la vieille cité coloniale. En son article 3, le même arrêté soumettait les filles publiques à des visites médicales obligatoires au niveau du médecin de l'hospice, à une inscription sur un registre spécial et à la détention d'un livret sanitaire délivré par les autorités compétentes.

A Saint-Louis, le chef du Service de l'Intérieur, dans une correspondance adressé au médecin de l'hospice de la ville en date du 28 septembre 1882 constate, avec amertume, « la présence de la quantité considérable de maladies vénériennes qui infectent » la capitale de la colonie.<sup>3</sup>

La prise de mesures énergiques par les autorités (administratives, sanitaires, municipales et policières) s'imposait, compte tenu de la gravité des problèmes générés par les MST dans les villes coloniales, notamment à Saint-Louis. Le chef du Service de l'Intérieur ne dit pas autre

<sup>3</sup> ANS H42 (1874-1882).

chose lorsque, le 28 septembre 1882, il s'adresse au Dr Dubouch en ces termes : « J'ai l'honneur d'informer Mr. Le Médecin civil qu'en présence de la quantité considérable de maladies vénériennes qui infectent Saint-Louis, j'ai fait prendre des mesures pour la mise en carte et l'envoi régulier à la visite de l'hospice des filles de mauvaise vie. M. Dubouch devra examiner ces filles avec le plus grand soin et garder à l'hospice jusqu'à guérison complète celles qui présentent des tâches suspectes ».<sup>4</sup>

A l'orée du XXe siècle, Dr. Merveilleux signale les ravages des maladies vénériennes comme du reste l'illustre le tableau suivant.

Tableau No 3 *Autres maladies vénériennes dans les hôpitaux civils et militaires du Sénégal*

Années	Nombre de journées			Nombre de cas			Nombre de décès		
	Europ.	Indig.	Total	Europ.	Ind.	Total	Europ.	Ind.	Total
1905	1766	3131	4897	69	119	188	—	—	—
1906	3392	3392	6784	114	128	242	—	—	—
1907	3538	4035	7573	118	147	265	—	—	—
1908	3953	6086	10039	133	182	315	—	—	—
1909	5355	4180	9535	196	155	351	—	—	—

Source : Dr Merveilleux, *Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.)*, *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, pp. 676-704, p.696

Le tableau indique une nette progression entre 1905 et 1909 des journées d'hospitalisation qui ont plus que doublé. La tendance semble beaucoup plus accentuée au niveau des Européens où les cas ont triplé (1766 cas en 1903 et 5255 en 1909). Ce qui du reste, pourrait expliquer la mobilisation des autorités sanitaires autour pathologies vénériennes.

## 2 Distribution

### a) Distribution géographique

Appelée maladie des chauffeurs, des ports et des villes, la syphilis vénérienne suit les axes routiers, ferroviaires et portuaires. Même plus accusés dans les villes, les ravages des infections génitales, vénériennes sont incontestables dans les campagnes. En 1956, 31762 gonococcies et 2549 chancres mous furent dépistés dans les campagnes sénégalaises.<sup>5</sup>

Avant 1950, faute de statistiques médicales précises, on en est un peu réduit aux conjectures. Un tel contexte conduit à penser que l'absence de données fiables basées sur des enquêtes sérologiques a faussé, souvent par excès, le niveau de diffusion des tréponématoses en général, de la syphilis vénérienne en particulier à travers les différentes couches démographiques de la fédération. Cette remarque faite, il ne saurait aucunement occulter les tréponématoses (syphilis, pian) classées par les autorités coloniales parmi les maladies dites sociales et qui, à n'en pas douter, constituent un sérieux problème de santé publique dans les territoires de l'AOF.

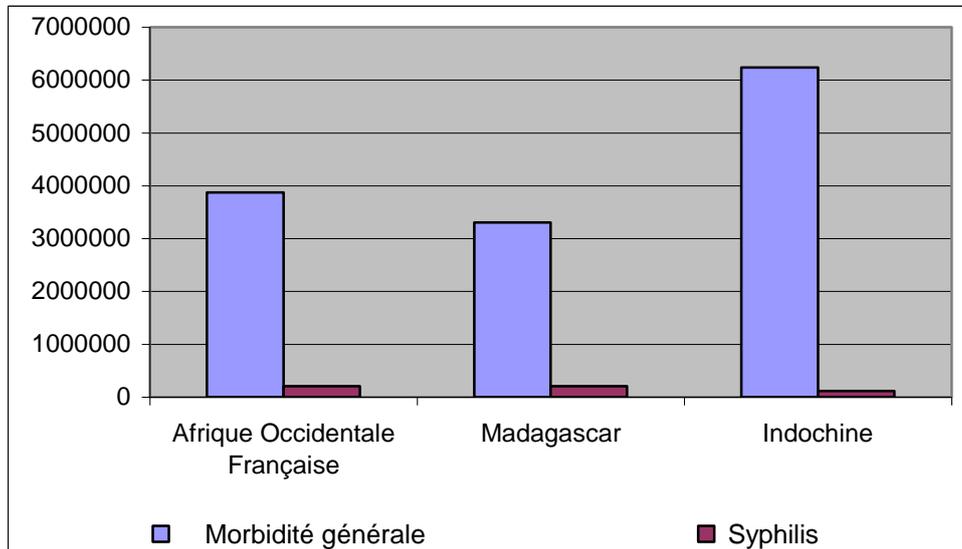
Ce fut à partir de la fin des années 1940 que les sondages effectués par le S.G.H.M.P, bien que fragmentaires, permettent d'apprécier, tant bien que mal, les niveaux d'endémicité des tréponématoses, leur fréquence et leur importance exacte.

<sup>4</sup> ANS H 42 (1874- 1882).

<sup>5</sup> Sankalé M, Pène P, Médecine sociale au Sénégal. Dossiers Africains. Afrique Documents No 1, 1960, p. 84

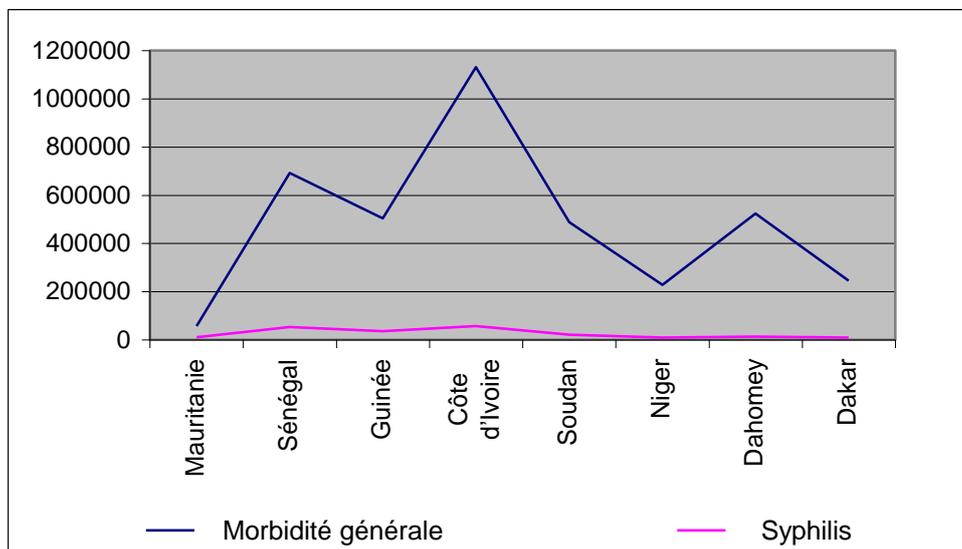
D'une manière générale, on distingue la syphilis endémique ou bégel (syphilis arabe de Hudson) et la syphilis vénérienne. Alors que la syphilis endémique ou bégel (syphilis arabe de Hudson) sévit dans les régions saharienne et présaharienne, la syphilis vénérienne, par contre, favorisée par l'urbanisation et l'essor des échanges et des communications, est plus répandue en AOF.

Graphique 1 *La syphilis et ses rapports avec la morbidité générale dans les colonies françaises en 1940*



Source : *Médecine Tropicale 1941, No 6 Statistique, Vue d'ensemble, p. 905*

Graphique 2 *La syphilis en AOF*



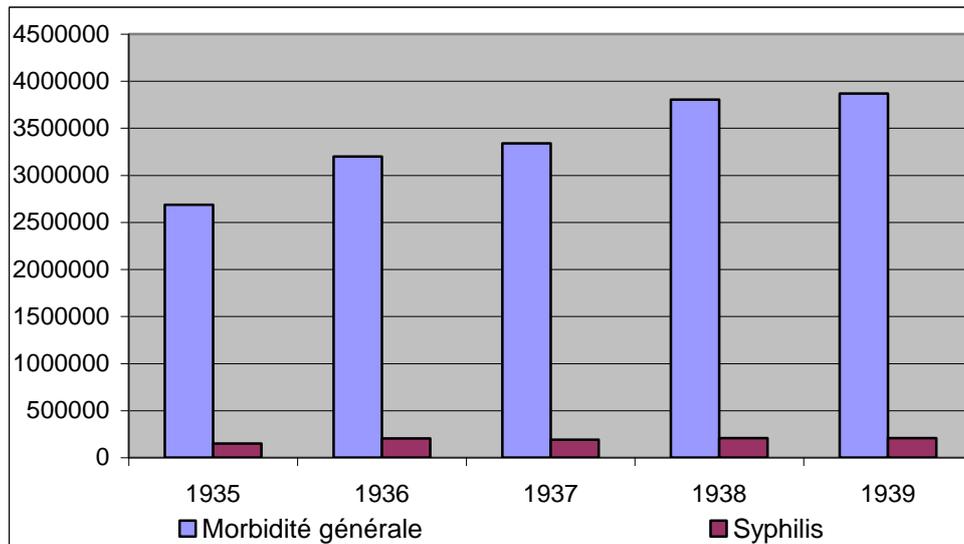
Source : *Médecine Tropicale 1941, No 6 Statistiques, Maladies Sociales, p. 908.*

L'analyse du tableau appelle quelques remarques. La Mauritanie, avec 18,51 % par rapport à la morbidité générale, émerge du lot et devance largement le Sénégal (7,74 %) et la Côte d'Ivoire (7 %). La Circonscription de Dakar et Dépendances (9290 syphilitiques représentant 3,77 %) et le Dahomey (12612 et 2,40 % du total)<sup>6</sup> enregistrent les chiffres les plus bas.

<sup>6</sup> *Médecine Tropicale 1941, No 6 Statistiques, Maladies Sociales, Vue d'ensemble, p. 908*

Sur les 3631 patients hospitalisés de syphilis, 155 sont décédés, soit un pourcentage de 2,87 % par rapport à la mortalité hospitalière générale et 4,27 % par rapport à l'affection.<sup>7</sup>

Graphique 3 AOF : Proportion du nombre de syphilitiques de 1935 à 1939



Source : *Médecine Tropicale 1641, No 6 Statistiques, Maladies Sociales, p. 908.*

Le nombre de syphilitiques à 1939 s'élève à 208156 et représente 5,37 % par rapport à la morbidité générale. Le summum est atteint en 1936 avec 6,32 % même si les variations s'avèrent très faibles.

Contrairement à Dakar, la syphilis semble être en recul dans la colonie du Sénégal.

Ainsi, en 1939, 53.559 cas furent enregistrés (7,74 % de la morbidité générale et 22 décès soit une létalité de 4 %) dont 549 hospitalisés contre 61926 en 1938.

La distribution de la maladie indique les cercles du Fleuve peuplés de Maures et de Peulh, le Haute Csamance, le cercle de Tivaouane ; dans la zone sylvo-pastorale elle sévit à l'état endémique avec 40 % de sérologie positive en 1956-57 et environ 20 % en 1959-60. La forte endémicité de l'hérédosyphilis en zone sahélienne serait en partie, pour les autorités sanitaires, liée à la grande contamination par objets souillés dès l'enfance.

En moyenne Casamance (zone de Sédhiou) les importants foyers de stérilité féminine restent corrélés à une forte endémicité de l'infection syphilitique. En Moyenne Casamance, 576 cas furent détectés en novembre 1959 par le SHMP, représentant un taux de 17 %. La Vallée du Fleuve, elle aussi, était menacée du fait d'une forte prévalence de l'infection, le quart de la population étant affecté en 1955 et, deux ans plus tard, l'enquête de la MISOES relevait des taux de 40 % d'enfants atteints ou suspects d'hérédosyphilis. Les enquêtes MISOES de 1956-57 et CINAM-ORANA de 1959-60 mirent en évidence la forte prévalence de l'infection au niveau des Peulhs, cible privilégiée de la maladie.

Pour les autorités sanitaires, la prostitution clandestine, l'insouciance des indigènes réfractaires aux traitements ainsi que l'absence de suivi constituent les facteurs de la diffusion de la syphilis dans la colonie.

*b) Distribution selon la race : le problème de la « racialisation » de problèmes médicaux*

En 1939, les indigènes représentent 207725 unités, soit 5,44 % des atteintes relevées (208156 syphilitiques) alors que les Européens s'adjugent 1,67 %, soit 431 syphilitiques..

<sup>7</sup> Ibid

Tableau 4 *Distribution de la syphilis selon la race*

	Indigènes	Européens	Total
Morbidité Générale	3843433	25689	3869122
Syphilis	207725	431	208156
Pourcentage	5,44	1,67	5,37
Total décès hospitaliers	5230	172	5402
Décès syphilis	154	1	155
Pourcentage	2,94	0,58	2,87
Syphilitiques hospitalisés	3599	32	3631
Syphilitiques décédés	154	1	155
Pourcentage	4,28	3,12	4,27

Source : *Médecine Tropicale 1941, No 6 Statistiques, Maladies Sociales, p. 909.*

En 1939, les indigènes représentent 207725 unités, soit 5,44 % des atteintes relevées (208156 syphilitiques) alors que les Européens s'adjugent 1,67 %) soit 431 syphilitiques, pourcentage qui peut s'expliquer par les soins médicaux plus accessibles aux expatriés. Pourtant, les tendances, qui ressortent de ces statistiques, somme toute normales, furent battues en brèche par l'idéologie coloniale au regard du discours sur les tréponématoses tropicales, tendant vers une « racialisation » des problèmes médicaux.

En effet, le discours sur les tréponématoses tropicales et exotiques (auxquelles appartient la syphilis), entretenu pendant longtemps par l'imaginaire colonial relevait plus sur des impressions, stigmatisations, préjugés et confusions (entre la syphilis endémique ou pian et la syphilis tertiaire) que sur des études scientifiques. En effet, nonobstant le genre de vie qui est à la base de la propagation des tréponématoses, la notion de syphilis exotique, divulguée par l'idéologie coloniale, nourrie d'une forte dose d'eugénisme, mettait en avant la race et, ce faisant considérait les Noirs comme des réservoirs de tréponématoses

En l'absence de service spécialisé et d'enquêtes fiables portant sur des tranches de population sur la base de la clinique et de la sérologie<sup>8</sup>, le discours insistait sur la dangerosité de la contagiosité du Noir, particulièrement dans le domaine des maladies vénériennes. Aussi, considère-t-on tous les Noirs et les nomades comme syphilitiques<sup>9</sup> et l'affection comme facteur principal de malformations congénitales, d'avortement et de stérilité. Cet imaginaire, défendu par les extra médicaux, largement entretenu par le personnel de santé colonial rappelle la stigmatisation du continent africain, particulièrement du Noir au début, voire même au-delà de la survenue de l'infection VIH/Sida dans un contexte de tensions raciales. A l'époque, le continent africain n'était évoqué, pour l'essentiel, que sur les questions relatives à l'origine du sida.<sup>10</sup>

Pourtant, l'incidence de la syphilis exotique sur les avortements et la stérilité fut largement démentie dès les années 1950 par les premières enquêtes entreprises par le S.G.H.M.P. Dans les faits, sur les 163 femmes consultées pour stérilité en 1951 par le

<sup>8</sup> Massequin A, Ridet J, Lutte contre les tréponématoses en AOF, *Médecine Tropicale* 1954, No 1, pp. 35-56, p. 35.

<sup>9</sup> Ibid

<sup>10</sup> Denis P, Pour une histoire sociale du sida en Afrique subsaharienne, in Denis P, Becker C, s/d, *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne*. Karthala 2006, pp. 17-40, p.19,

S.G.H.M.P, seules 24, soit 14 % avaient une sérologie positive aux réactions de Kolmer, Kahn et Kline.<sup>11</sup>

Une autre étude menée par le docteur Baylet à la même époque dans la zone de Bobo Dioulasso en Haute Volta confirme les mêmes tendances (8 à 10 % de taux d'infestation tréponémique).<sup>12</sup> En conclusion, Baylet minimise, sur la base d'analyses sérologiques, l'incidence du reste très minime sur les accidents gynécologiques des tréponématoses qui, par ailleurs, n'ont pas d'incidence sur l'infécondité primaire, encore moins un impact significatif sur les avortements.<sup>13</sup>

A Dakar, les docteurs Sénécal et Souvestre ont minutieusement recherché, en vain les stigmates de syphilis congénitale chez les nouveau-nés.<sup>14</sup> Entre le 11 février et le 7 juin 1958, une étude menée à l'Hôpital Principal de Dakar portant sur 300 femmes et leurs nouveau-nés infirme le discours sur la syphilis tropicale et exotique des Noirs. Sur les 300 femmes examinées le jour de leur accouchement, seules 35 (11,7 %) présentaient une sérologie positive, les 365 étant séronégatives (soit 88,3 %).<sup>15</sup> Le même effectif a donné naissance à 307 enfants dont 32 (10,4 %) séropositifs au moment de la naissance contre 275 séronégatifs.<sup>16</sup> S'y ajoute qu'il s'agissait de syphilis sans manifestation clinique alors que l'évolution des sérologies chez les enfants met en évidence une absence de syphilis congénitale pour tous les cas examinés.

c) *Distribution selon l'âge*

Tableau 5 Mortalité hospitalière par syphilis en AOF en 1939

	Indigènes	Européens	Total
Hommes	84	—	84
Femmes	41	—	41
Enfants	29	1	30
Totaux	154	1	155

Source : *Médecine Tropicale 1941, No 6 Statistiques, Maladies Sociales, p. 909.*

Ce tableau appelle quelques commentaires. La mortalité hospitalière pour syphilis en AOF en 1939 semble beaucoup plus importante chez les hommes (84) qu'au niveau des femmes (41) même si les statistiques devraient être relativisées compte tenu du fait que les hospitalisations concernent la plupart du temps les militaires et les fonctionnaires salariés, catégories où prédominent le genre masculin..

Tableau No 6 *Maladies sociales dépistées et traitées dans les services de puériculture en AOF entre 1940 et 1945.*

Années	Syphilis	Blennorragie	Lèpre	Tuberculose	Total
1940	20545	5077	89	37	25748
1941	23466	5102	50	21	28629

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Baylet R.J, Incidences des tréponématoses sur les avortements et la stérilité de la femme voltaïque, Bulletin Médical de l'AOF 1952, T IX Fasc.1, pp.49-50, p.49.

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Castets M, La sérologie de la syphilis chez les Africains de Dakar, Bulletin Médical de l'AOF 1958, No 4, pp. 381-398, p. 385.

<sup>15</sup> Idem, p.386.

<sup>16</sup> Ibid

1942	23444	5883	75	5	29407
1943	19770	10872	32	11	30645
1944	95742	22795	112	33	119682
1945	92809	20334	179	10	113532

*IMTSSA Dossier 301 PMI Protection de la maternité et de l'enfance indigènes dans les colonies françaises*

Le tableau indique une prédominance de la syphilis parmi les maladies sociales dépistées et traitées dans les services de puériculture en AOF entre 1940 et 1945. Durant cette période les cas de syphilis passent de 20545 à 92809, soit une progression de 72264 unités. Une telle situation semble plus traduire une amélioration des techniques et méthodes de dépistage qu'une progression réelle de la maladie. En 1944, la syphilis représente 80% des maladies sociales dépistées et traitées en AOF.

Au cours de l'année 1939, ont été traités dans les dispensaires de puériculture de la colonie 3673 enfants de 0 à 2 ans et 4565 de 2 à 5 ans atteints d'hérédo-syphilis ; 3 décès furent enregistrés.<sup>17</sup>

## **II Les politiques face aux pathologies vénériennes**

### *1 Les infrastructures*

#### a) Le service fixe

Constituées par les dispensaires, le service antivénérien des hôpitaux, l'Institut d'Hygiène Sociale, le dispositif médical portuaire et le Service d'Hygiène et le dispositif du service médical portuaire, les infrastructures du service médical fixe ont joué un rôle déterminant dans la lutte anti-vénérienne.

Le premier maillon du dispositif, constitué par les dispensaires et les maternités de l'AMI participant au dépistage et au traitement des maladies vénériennes, est épaulé au second niveau par le service anti-vénérien des hôpitaux. L'Hôpital Central Indigène ouvert en 1913 est doté depuis 1932 d'un service spécial de dermato-vénérologie d'une capacité d'une trentaine de lits et prenant en charge les syphilitiques les plus contagieux et dont la plupart est référée par la Polyclinique Roume. A l'orée des années 1940, le service dispose d'un nouveau pavillon destiné au traitement de prostituées provenant pour l'essentiel des ambulations de Gorée et du Cap Manuel. L'Hôpital de Saint-Louis, pour sa part, disposait du service anti-vénérien spécialisé de la colonie.

Quant à la Polyclinique de l'Hôpital Central Indigène dont la création en décembre 1918 fut dictée, selon les autorités sanitaires, par la nécessité de faire face à « l'éloignement de l'hôpital des principaux groupements indigènes »<sup>18</sup>, elle fut ouverte au public depuis juin 1921, avant d'être inaugurée le 21 février 1933

<sup>17</sup> Médecine Tropicale 1641, No 6 Statistiques, Maladies Sociales, Vue d'ensemble, p.911.

<sup>18</sup> A.N.S. : 2G 29/20, Rapport annuel de la Circonscription de Dakar et dépendances, année 1929.



Polyclinique Roume à Dakar

Source : [http://www.asnom.org/640\\_protection\\_maternelle\\_infantile.html](http://www.asnom.org/640_protection_maternelle_infantile.html)

Dotée de plusieurs services (médecine générale, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie, antituberculeux, antivénérien, douches pour les galeux, laboratoire de bactériologie, radiographie), la Polyclinique devait promouvoir une assistance médicale gratuite aux indigènes en même temps qu'elle représentait un baromètre de l'état sanitaire général de la population. Transformée en 1953 en Institut d'hygiène sociale, la Polyclinique Roume chargée de promouvoir la médecine sociale, disposait, en sus d'un laboratoire de bactériologie, (examens sérologiques) d'un service de dermato-vénérologie placé sous la direction d'un médecin spécialisé dans les MST et travaillant de concert avec les infirmières visiteuses chargées du suivi des malades à domicile. La tâche du service de dermato-vénérologie consistait au dépistage et traitement des malades atteints de MST. En 1932, elle a traité 1666 syphilitiques.<sup>19</sup>

Les infrastructures médicales portuaires sont constituées par les dispensaires portuaires mis en place conformément aux recommandations de l'Arrangement International de Bruxelles et destinés aux marins et agents du port. En effet, la signature, le 1<sup>er</sup> décembre 1924, dans un contexte de propagation des maladies vénériennes, sous l'égide de plusieurs organismes et associations internationaux SDN, Ligue des Sociétés de la Croix Rouge (LSCR), BIT, Union Internationale contre le Péril Vénérien UIPV, Office International d'Hygiène Publique O.I.H.P. constitue une étape décisive dans la coordination de la lutte anti-vénérienne au niveau international. L'Arrangement International de Bruxelles représente un accord international relatif au traitement gratuit des marins atteints de MST.

Deux années après L'Arrangement International de Bruxelles, fut ouvert au niveau du port de Dakar, un dispensaire doté de services de syphilimétrie et de consultation aux fins de fournir l'assistance médicale en priorité aux marins, travailleurs du port ainsi qu'aux populations environnantes. C'est d'ailleurs dans cette optique que furent créés deux structures rattachées au dispensaire du port : le poste médical de la Médina destiné aux femmes et celui de Bel Air.

D'autres grandes villes situées sur la façade maritime à l'image de Rufisque, Ziguinchor, Kaolack, Saint-Louis disposent de dispensaires placés sous la tutelle de l'AMI et offrant de l'assistance aux marins.

---

<sup>19</sup> Diop M, La syphilis au Sénégal : discours et pratiques des autorités coloniales (1905-1960) ? Mémoire Maîtrise, 2008, Département d'Histoire FLSH, UCAD p. 62.

Quant au Service d'Hygiène créée depuis 1905, il est chargé, outre l'hygiène de l'habitat, de la salubrité urbaine, le contrôle des maladies à déclaration obligatoire, le contrôle des eaux de boisson, la vaccination, la police sanitaire des aéroports, la vaccination, la lutte anti-muridés et anti-moustique ainsi que la surveillance de la prostitution. C'est dans ce dernier domaine que le Service d'Hygiène, qui dispose d'un service de surveillance de la prostitution, se trouve impliqué dans la lutte contre les MST (lutte contre la syphilis, surveillance des maisons de tolérance, déclaration des maladies vénériennes, dépistage de la syphilis en milieu scolaire)

L'analyse des infrastructures impliquées dans la prise en charge des MST indique de grandes disparités entre les campagnes souvent délaissées et démunies à l'opposé du milieu urbain qui concentre l'essentiel des moyens matériels et humains.

#### b) Le dispositif du service mobile

Dans la colonie du Sénégal, c'est à l'orée du XXe siècle que s'amorce avec la création de l'Assistance Médicale Indigène par l'arrêté du 8 février 1905, non seulement une politique sanitaire soucieuse d'étendre les prestations à la population africaine décimée par les endémo-épidémies, mais aussi une volonté affirmée de faire pièce aux fléaux sociaux (tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme). En effet, les conclusions de l'enquête présentée par l'Inspection des Services Sanitaires et Civils, initiée par la circulaire du gouverneur général Roume en date du 5 avril 1905, aboutissent à un taux de mortalité très élevé.<sup>20</sup> Celui-ci, résulte, d'après l'enquête, de deux principaux facteurs.

D'une part, les maladies banales induites par la pauvreté, le manque d'hygiène, l'insalubrité; et, d'autre part, les pathologies parmi lesquelles émergent la tuberculose et les maladies vénériennes (syphilis). D'autre part l'enquête incrimine, au second niveau, les maladies endémiques spécifiques au milieu : bérubéri, lèpre, trypanosomiase, paludisme

A partir de ce moment, l'AMI fut chargée de prendre en charge les maladies vénériennes accusées de compromettre l'avenir démographique des colonies.

Au sortir du second conflit mondial, la création du SGHMP et d'une section Tréponématoses à partir de 1949, l'arrivée des antibiotiques, corollaire d'innovations thérapeutiques majeures, l'implication des assistantes et aides sociales se concrétisent par des succès indéniables dans les campagnes anti-tréponiques.

C'est à partir du début des années 1950 que les actions de l'AMI, limitées dans les hôpitaux et dispensaires, furent complétées par la médecine ambulatoire, mobile et préventive grâce au SGHMP qui réussit, tant bien que mal, à traiter 5000 syphilitiques et pianiques.

En 1949-50, l'organisation de la lutte antisiphilitique fut menée par le SGHMP après l'érection de deux secteurs spéciaux, l'un basé dans la Vallée du Fleuve Sénégal (secteur spécial de Podor), l'autre au Niger (Groupement Djerma-Sonraï).

Les principes directeurs des campagnes anti tréponémateuses du SGHMP s'articulent autour d'un contrôle et d'un complément de données cliniques basées sur la sérologie d'abord, ensuite le traitement complet des cas dépistés, le contrôle ultérieur par la sérologie des cas traités après et, enfin la constitution de fichiers aux fins de retrouver les patients.<sup>21</sup>

Au Sénégal, hormis le secteur spécial de Podor, la lutte anti tréponique fut élargie aux centres de Mbour, Bignona et Bakel.

Dès 1953, sur la base de protocoles thérapeutiques codifiés et standardisés, de très courte durée, plus des trois quarts des patients en traitement étaient cliniquement guéris à défaut de présenter une amélioration assurant leur blanchiment. La plupart des patients positifs qui ont

---

<sup>20</sup> Gallay H 1909, Trois années d'assistance médicale aux indigènes et la lutte contre la variole : 1905, 1906, 1907. Paris Larose, ISSC, Gouvernement Général de l'AOF

<sup>21</sup> Bulletin Médical de l'AOF, Tâches et problèmes de la santé publique en AOF. Num2ro Spécial, janvier 1954, p. 26

été suivis et traités se sont « négativés » au plus à partir du 8<sup>e</sup> jour. Le Médecin Capitane Despres, dans un rapport No 153 en date du 24 mars 1953 souligne les résultats spectaculaires enregistrés par le nouveau protocole thérapeutique : « Les nouveaux traitements prescrits par la fiche technique 465 bis ont été appliqués. Les résultats des traitements sont spectaculaires. L'assèchement des lésions secondaires ulcérées et suintantes se situe aux environs du 4<sup>e</sup> jour. L'effacement complet des lésions est atteint vers le 8<sup>e</sup> jour».<sup>22</sup>

Les campagnes d'éradication massives (dépistage, prophylaxie) entreprise par le SGHMP à partir des années 1950 permirent de contenir l'affection tréponique en AOF avant de la faire reculer sensiblement.

## 2 *Evolutions et innovations thérapeutiques*

Avant 1905, date de découverte de l'agent responsable de la syphilis par l'Allemand Fritz Schaudinn, les connaissances sur les pathologies vénériennes restèrent largement embryonnaires comme du reste l'atteste l'instabilité et la variabilité de la nomenclature médicale ainsi que de la classification des MST (maladies vénériennes, infections urinaires, maladies syphilitiques, maladies génito-urinaires, etc.). Ce contexte a lourdement retenti sur les thérapies anti-vénériennes

Jusqu'aux années 1940, l'usage de l'iodure de potassium et des dérivés mercuriels ont prévalu dans le traitement de la syphilis vénérienne. Alors que le mercure est administré depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle par voie interne (frictions), externe (lavements) ou par voie orale, des innovations thérapeutiques s'opèrent à partir de la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle avec l'iodure de potassium utilisée pour le blanchiment des gommès et nodules. .

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, l'atoxyl, utilisé d'abord dans le traitement de la maladie du sommeil, fut sollicité dans le traitement antisiphilitique depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle avant d'être rapidement délaissé à cause de sa toxicité.<sup>23</sup>

Durant la même période, des innovations thérapeutiques majeures s'opèrent avec l'arrivée des arsenicaux (arsenone, sulfarol, novarsenobenzol) et des bithmutiques.<sup>24</sup> D'abord utilisé seul à partir de 1910 suite aux expériences de Paul Ehrlich, l'arsenic fut associé à l'orée des années 1920 au bismuth qui fit ses preuves dans le blanchiment des chancres et accidents cutanés. L'ère des arsenico-bithmutiques va progressivement déclasser la première génération des traitements à base d'iodure de potassium et des dérivés mercuriels. En effet, les arsenico-bithmutiques firent leur preuve dans le traitement des tréponèmes grâce aux actions rapides sur les lésions syphilitiques même si la guérison complète ne semble pas établie.

Entamées à partir de 1943, les recherches relatives au traitement de la syphilis par la pénicilline furent menées en Amérique par Mahoney, Arnold et Harris et, en France, par Levaditi et Vaisman. Les expériences poursuivies par la National Research Council à l'image de Mahoney, Moore, Schwartz et Stenberg furent couronnées de succès dès 1944. A court terme, les résultats furent satisfaisants, voire excellents s'agissant des 1587 cas alors que dans le court terme, 15 à 100 % de récidives furent notées suivant les doses.<sup>25</sup>

La thérapie connut un appoint supplémentaire à partir de 1945 suite à l'utilisation des pénicillines retard qui dépasse les anciens traitements (arsenic, bismuth, mercure) et élargit les possibilités offertes dans le traitement de la syphilis. Utilisée seule ou associée à d'autres antisiphilitiques tels le bismuth ou l'arsenic, la pénicillothérapie révolutionne l'arsenal des

---

<sup>22</sup> Masseguin A, Ridet J, op. cit, p. 45.

<sup>23</sup> Dr. Bargy, L'Atoxyl dans le traitement de la syphilis en AOF, Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales, 11, 1908, pp 617 - 629.

<sup>24</sup> Diop M, La syphilis au Sénégal : discours et pratiques des autorités coloniales (1905-1960) ? Mémoire Maîtrise, 2008, Département d'Histoire FLSH, UCAD p.95.

<sup>25</sup> Lortat J, Traitement de la syphilis par la pénicilline. Revue Médicale Française, février 1947

thérapeutiques antisyphilitiques.<sup>26</sup> En effet, le traitement arsénico-bismuthique, en raison de sa durée, générait des abandons au niveau des patients et des réticences dans une société où l'hôpital représentait l'étape ultime de la souffrance, de l'isolement et la transition vers la mort.

Au total, l'arrivée des antibiotiques, de la pénicilline d'abord, puis de l'extencilline révolutionna le traitement de la syphilis. L'efficacité de la pénicilline et ses avantages à cause de sa non toxicité, la prémunition qu'elle offre contre l'hérédosyphilis grâce à l'injection aux femmes enceintes constituèrent autant d'arguments qui décidèrent de son adoption par l'OMS comme traitement contre les tréponèmes.<sup>27</sup>

L'usage des méthodes rapides par le Novar, l'introduction dans la thérapeutique des dérivés arsenicaux nouveaux, les arsénoxydes permirent une réduction considérable de la durée des traitements.<sup>28</sup>

En AOF, le protocole de traitement de la section « tréponématose » du SGHMP s'est fondé sur les travaux de Rein, Ingraham, Charpy, Lereboullet, Dèbre, Bolgert et Lévy ainsi que les bons résultats obtenus lors des différentes campagnes anti-tréponiques de l'OMS.

Dans le protocole thérapeutique, se dégagent le traitement de très courte durée et le traitement massif à la pénicilline de 5 millions à 7 millions 200 000 UI.

Alors que, pour les syphilis primaires et secondaires était administrée la pénicilline seule, elle était, s'agissant des secundo-tertiaires et tertiaires, associée au bismuth (8 cg quotidiens).<sup>29</sup>

Les autorités sanitaires de la colonie, dans le protocole thérapeutique, ont beaucoup misé sur les injections pour le contrôle des Africains, le suivi médical, contrairement à la voie orale (comprimés souvent pris à domicile) qui, à leurs yeux, ne garantissent ni le suivi, encore moins l'efficacité médicale. Pourtant, le discours autour de l'adhésion massive des indigènes pour les injections devrait être relativisé, si l'on en croit certaines autorités sanitaires avisées. Ainsi, pour Peltier, si les scarifications sont bien acceptées, par contre, les injections sous-cutanées sont très redoutées par les populations africaines.<sup>30</sup>

### 3 La question de la prostitution

Au Sénégal, l'analyse de la littérature administrative disponible indique d'une part une prise en charge assez précoce de la prostitution par les autorités coloniales et, d'autre part, la récurrence du problème posé par son contrôle administratif.

Considérée comme un fléau social au même titre que l'alcoolisme, le banditisme et la mendicité<sup>31</sup>, la prostitution, dès le XIXe siècle, se trouva au cœur des préoccupations des autorités sanitaires et administratives de la colonie du Sénégal.

Dès le début de la deuxième moitié du XIXe siècle, les ravages des pathologies vénériennes chez les célibataires européens, au niveau des troupes engagées dans les opérations de conquête et de pacification ainsi que dans les villes en pleine expansion à l'image de Saint-Louis ont poussé les autorités coloniales à contrôler, à défaut de son éradication, l'épineux problème de la prostitution.

L'arrêté du 29 mars 1849, tout en autorisant l'ouverture de maison de tolérance destinée à regrouper et contrôler les filles publiques, créa, dans un contexte en plein essor de la prostitution clandestine, un dispensaire de salubrité publique à Saint-Louis aux fins de prendre en charge les prostituées.

---

<sup>26</sup> Gougerot H, Les six traitements principaux d'attaque de la syphilis. Les trois anciens. Les trois nouveaux. Le Médecin Libre, 20<sup>e</sup> Année, No 6, juin 1946, pp.3-20.

<sup>27</sup> OMS 4<sup>e</sup> Rapport du Comité des Experts des maladies vénériennes et des tréponématoses, 1913.

<sup>28</sup> Arquie E, Les données actuelles du traitement de la syphilis. Médecine Tropicale No 1, 1945, pp.2-5, p.2.

<sup>29</sup> Massequin A, Ridet J, op. cit, p.44.

<sup>30</sup> Peltier M, Vaccin et vaccinations anti-amarils. Pratique de la méthode dakaroise en AOF. Bulletin Médical de l'AOF Tome 2, 3<sup>e</sup> année, p.193.

<sup>31</sup> Diop M.C, L'administration sénégalaise et la gestion des « fléaux sociaux ». L'héritage colonial. pp. 1128 1150, p. 1129.

L'approche rigoriste, réglementariste et répressif a prévalu dans le traitement de la prostitution. Sous peine de sanctions, des dispositions réglementaires soumettent les filles publiques non seulement à une surveillance médicale (visites médicales périodiques), mais aussi à une inscription sur un registre spécial sanctionnée par la livraison d'un livret spécial<sup>32</sup>. En témoigne l'arrêté du 21 mars 1864 qui prévoit l'arrestation et l'emprisonnement (de 15 jours au maximum) de filles publiques refusant de se soumettre aux visites médicales. A l'orée du XXe siècle, le décret du 14 avril 1904 portant sur la Protection de la Santé Publique instaure un service de surveillance de la prostitution placé sous le tutelle du Service d'Hygiène.

La recrudescence de la syphilis, pour les autorités sanitaires, est imputable à l'essor de la prostitution surtout clandestine en dépit de la réglementation et actions répétées de la police.

Les consultations des prostituées, assurées par l'Institut d'hygiène Sociale, se soldent la plupart du temps par un manque de suivi du fait de la réticence et de l'abandon des filles de joie. Pour faire face à de tels manquements, les autorités administratives ont pris un ensemble de mesures relatives à la répression de la prostitution clandestine, au contrôle sévère des filles de joie et des maisons de tolérance.

A Dakar, après l'ouverture de la première maison de tolérance en 1918, le problème de la prostitution se trouve inscrit au centre des préoccupations des autorités de la ville au galop démographique rapide. En effet, à la veille du second conflit mondial, la capitale fédérale disposait de cinq maisons de tolérance (Alhambra, American Bar, Excelsior, Les Parisiennes, Lily Cernay). Ainsi, l'arrêté du 13 janvier 1926 relatif à la réglementation de la prostitution indique les mesures auxquelles les femmes publiques sont astreintes : inscription sur les registres de contrôle, deux visites hebdomadaires obligatoires, recherche de gonocoques chaque quinzaine, réaction de B-W chaque trimestre.. En cas d'infection, les filles publiques, prostituées cartées, en majorité européennes, sont internées et traitées au sein des structures hospitalières. Quant aux prostituées clandestines, face cachée de l'iceberg, elles constituaient l'essentiel des effectifs et profitaient des progrès des échanges et communications (routes, rails) pour se déplacer à l'intérieur de la colonie.

Nul doute que le contexte était favorable à la diffusion des maladies vénériennes dans une ville devenue le réceptacle du flot migratoire constitué par les gens d'extrêmement peu chassés par les à coups de la conjoncture météorologique ainsi que de la grande dépression des années 1930. Dans ce contexte, on peut comprendre que la syphilis vénérienne, favorisée par l'essor des échanges et des voies de communication, soit en nette progression. D'ailleurs, dans certaines colonies, la pathologie est dénommée « maladie des chauffeurs ».

Il est évident que le système colonial procéda à des bouleversements épidémiologiques spectaculaires sous la combinaison de plusieurs facteurs (progrès des échanges, routes et rails, cultures spéculatives, insécurité alimentaire) qui favorisèrent non seulement la fragilité biologique, mais aussi et surtout l'éclosion de certaines pathologies qui, jusqu'ici, évoluaient en vase clos. D'autre part, les migrations, l'alcoolisme, favorisèrent la percée de pathologies endémiques (variole, maladie du sommeil, lèpre, malaria) et surtout des maladies vénériennes dont le développement semble postérieur à la colonisation et qui, à coup sûr, fut un facteur de stérilité.<sup>33</sup>

Avec le docteur Cavalade, on saisit mieux le mécanisme de diffusion et de contagion spécifique de la syphilis : « La prostitution dans les grands centres joue un premier rôle. Les tirailleurs qui se contaminent très souvent au cours du service, les gardes cercles, les conducteurs de camions, la multitude des acheteurs et des « dioulas », tous les individus enfin

---

<sup>32</sup> ANS H 42 (1874- 1882).

<sup>33</sup> Mbokolo E, Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique, in Augé M, Le sens du mal, p.

qui, par leurs déplacements fréquents et rapides, la prépondérance de leur importance sociale, ont des relations sexuelles facilitées actuellement par un certain relâchement des mœurs, sont les agents de la transmission vers le village. Sur place, la maladie fait tâche d'huile, elle atteint avec prédilection les enfants par la calebasse et les jeux en commun. »<sup>34</sup>

Ces propos du docteur Cavalade, tenus à l'orée des années 1940, trouvent toute leur actualité par rapport au discours actuel sur le SIDA, les groupes à risques (pratiquement les mêmes), la stigmatisation et la surveillance sentinelle. Il rappelle toute l'actualité de la construction du discours sur le SIDA. Il en est de même des méthodes de lutte axées sur les filles de joie, la syphilis étant considérée comme la maladie des prostituées, au même titre, du reste, que l'est le sida de nos jours.

Le système réglementariste, pilier de la politique de lutte contre la prostitution, fut éradiqué à la faveur du mouvement abolitionniste, suite à l'adoption, en France, le 13 avril 1946, de la loi Marthe Richard. Celle-ci vise la fermeture des maisons de tolérance et l'éradication du proxénétisme.<sup>35</sup> En AOF, la loi Marthe Richard, promulguée par le gouverneur général le 05 décembre 1946, se matérialise par la fermeture de toutes les maisons closes ainsi que la destruction de tous les dossiers de prostituées. L'interdiction de la prostitution organisée et tolérée, du racolage public et du proxénétisme ouvre la porte à la prostitution clandestine et pose tout le débat autour de la réglementation, de la surveillance et du contrôle de la prostitution. D'autant plus que le contexte de libéralisation du système colonial mettait les prostituées Européennes à la disposition des Africains devenus citoyens.

La loi du 13 avril 1946 constitua, après l'accession à la souveraineté internationale un sérieux dilemme pour les nouvelles autorités sénégalaises. Le 5 juin 1965, Amadou Cissé Dia, ministre de l'Intérieur, estime que cette loi apporte, au fonds, plus de problèmes qu'elle n'en résout. En effet, estime Dia, ses répercussions fâcheuses sont visibles si l'on considère la prostitution clandestine qu'elle favorise au niveau des filles publiques africaines et cap-verdiennes soustraites de tout contrôle policier et sanitaire, à l'opposé des prostituées européennes.<sup>36</sup> L'année suivante, le système réglementariste et de contrôle de la prostitution réapparaît au Sénégal (fichier sanitaire, contrôle obligatoire des prostituées, visites médicales instaurées pendant le quinzaine, mise en carte).<sup>37</sup>

L'analyse des sources et discours sur la prostitution signale une vaine hésitation des autorités de la colonie depuis le XIX<sup>e</sup> siècle. Si le discours réglementariste insista, au début, sur la nécessité d'exclure de la sphère publique la fille publique désignée comme élément de pollution et de propagation des pathologies vénériennes, les autorités n'hésitèrent pas à revoir leur attitude face à la prostitution compte tenu de l'inefficacité du système de surveillance.<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> Cavalade C, *Eléments d'enquêtes démographiques dans la subdivision de Ségou. Médecine Tropicale* 1941, No 5, p. 500-526, p. 516.

<sup>35</sup> ANS 1H48/44. Loi Marthe Richard du 13 avril 1946

<sup>36</sup> Diop M.C op. cit.

Voir à ce propos

- Sénégal, Ministère de l'Intérieur 1965 *Communication en Conseil de ministres au sujet de la prostitution africaine*, Dakar, 5 juin.

- Sénégal, Ministère de l'Intérieur /Ministère de la Santé publique et des affaires sociales (MSPAS) 1966 *Rapport de présentation du projet de décret portant application de la loi 66-21 du 1<sup>er</sup> février 1966 relative à la prostitution*.

<sup>37</sup> Voir à ce propos :

- La loi 6621 du 1<sup>er</sup> février 1966 portant sur la lutte contre les maladies vénériennes et la prostitution

- décret 69-616 du 10 mai 1969 relative à l'application de la loi 66-21 portant sur la lutte contre les maladies vénériennes et la prostitution

<sup>38</sup> Ngalamulume K.J, *Le péril vénérien. L'Etat français et la sexualité à Saint-Louis du Sénégal, 1850-1920*. in *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, s/d Bado J.P, Karthala 2006, pp. 99-118, p. 100-101.

Aussi, la prostitution est-elle ménagée, voire tolérée et la fille publique, jadis indésirable parce que dangereuse, est désormais utilisée comme « fille à soldat ».

Au bilan, les limites des politiques de lutte contre les maladies vénériennes découlent de l'approche centrée sur la prostitution des filles publiques même si la propagation des pathologies vénériennes est considérée par les autorités médicales comme la maladie des militaires et des chauffeurs qui du reste disposent bien d'un langage codé pour caractériser les MST notamment la blennorragie dénommée « couler bielle ».

### **Conclusion : des MST du passé au SIDA : Enseignements et éclairages**

Dans la colonie du Sénégal, la prise en charge des MST remonte à la deuxième moitié du XIXe siècle. Elle s'est traduite d'une part par la mise en place d'infrastructures, d'institutions, et d'une législation ainsi que par des mutations dans les professions de santé (infirmières visiteuses, assistantes sociales, médecine sociale). D'autre part, elle se caractérise par des dispositifs mis en place pour assurer le contrôle social, notamment des malades, et singulièrement les prostituées. La façon dont le pouvoir colonial perçoit la question des MST considérées comme « fléau social », stigmatisées retentit sur la gestion actuelle du sida. Ainsi, la représentation du péril vénérien, autrement dit le discours élaboré sur le « fléau vénérien » ainsi que l'idéologie qui le sous-tend, les prises en charge révèlent de grandes similitudes avec la gestion du sida (stigmatisation, groupes à risque, surveillance sentinelle, prostitution).

L'ancienneté de la prise en charge des MST (mise en place d'infrastructures, implication de personnels paramédicaux) pourrait, dans une certaine mesure expliquer les taux de prévalence du VIH relativement bas au Sénégal comparé aux autres pays africains.

L'analyse des pratiques de la médecine coloniale indique des prises en charge séparées au lieu d'une prise en charge croisée avec les autres maladies dites sociales, notamment la tuberculose. Ainsi, malgré la volonté affichée des autorités sanitaires d'inscrire dans un même volet (fléaux sociaux, maladies sociales) après 1905, avec la création de l'AMI et l'enquête de Gallay, Inspecteur des Services Sanitaires et Civils, dans les faits, la prise en charge des pathologies vénériennes a été toujours séparée de celle des autres maladies sociales.

S'il est admis, qu'au niveau international, se dégage une tendance vers la mise en place de programmes de luttes conjointes contre le VIH et la tuberculose, aussi bien au niveau de la structuration des programmes que des actions de prévention et des modalités d'accès au traitement<sup>39</sup>, il n'en demeure pas moins vrai que les difficultés inhérentes à la structuration conjointe de la lutte contre ces deux pathologies pourraient largement trouver leur origine dans des histoires et des cultures organisationnelles différentes.

L'approche réglementariste, pilier du système prophylactique de lutte contre la prostitution et la diffusion des maladies vénériennes révèle des limites réelles. Le système trouve ses failles dans l'approche assez rigoureuse, centrée essentiellement sur le contrôle des filles publiques même si les autorités sanitaires et administratives reconnaissent la prévalence des maladies vénériennes chez certains groupes à risques notamment des hommes à l'image des chauffeurs et des militaires. Essor de la prostitution clandestine notamment africaine. Malgré le contrôle sur le corps de la femme accusé de diffuser les pathologies vénériennes et de polluer la société, la fille publique, soumise au contrôle médical et policier, essaya, par

---

<sup>39</sup> Voir à ce propos :

OMS, 2004, *Politique actuelle de la collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*.  
Département Halte à la tuberculose et Département VIH/SIDA, WHO/HTM/TB/2004, 300 &  
WHO/HTM/HIV/2004, Genève, 23p.

Stop TB Partnership, 2006-a, *The Global Stop to TB 2006-2015 ? Actions for life : towards a world free of TB*, WHO 167p.

Stop TB Partnership, 2006-b, *Global Tuberculosis control-surveillance, planning, financing* WHO.

divers moyens, comme à Saint-Louis aux XIXe et XXe siècles, de contourner le dispositif de coercition sociale.<sup>40</sup>

Le maillage et la carte sanitaire laissent apparaître de grandes disparités. Les campagnes étant censées se suffire à elles-mêmes, les infrastructures et les personnels se trouvent concentrés en milieu urbain au détriment du monde rural.

Au bilan, dans bien des cas, les politiques de prise en charge des MST, souvent autoritaires, réglementaristes, révèlent des limites réelles liées en partie à l'ignorance, par le pouvoir colonial, des sociétés africaines largement travaillées par des réalités culturelles, religieuses et politiques propres, différentes et spécifiques. Aussi l'étude et la compréhension du sida suggèrent-elles la prise en compte non seulement des dimensions biomédicales, mais aussi sociales.

#### BIBLIOGRAPHIE

- BADO, J.P.(ed), Les conquêtes de la médecine modernes en Afrique, Paris, Kathala, 2006.
- BARGY, Dr., « L'Atoxyl dans le traitement de la syphilis en Afrique Occidentale Française », *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, 11 ; 1908 ; p. 617-629.
- Baylet R.J, Incidences des tréponématoses sur les avortements et la stérilité de la femme voltaïque, *Bulletin Médical de l'AOF* 1952, T IX Fasc.1
- BECKER, C.; COLLIGNON,, R. « A history of sexually transmitted diseases and AIDS in Sénégal: difficulties in accounting for social logics in health policy » Setel, P.W.; Lewis, M.; Lyons, M.(eds), *Histories of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa* ,Greenwood press, 1999, p. 65- 96.
- BECKER, C.; MBAYE, S.; THIOUB, I. (eds), *AOF: réalités et héritages : sociétés Ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*; Dakar, Direction des Archives Nationales du Sénégal, 1997.
- BECKER, C. ; « L'apparition du Sida et la gestion des épidémies du passé au Sénégal », Dozon, J. ; Vidal, L. (éds), *Les sciences sociales face au Sida*, Paris, ORSTOM, 1995, p. 59-80.
- BECKER, C; COLLIGNON, R., « Politiques démographiques et sanitaires face aux "maladies sexuellement transmises" en Afrique de l'Ouest : perspective historique », Becker, C.; Dozon, J.P. ; Obbo, C.; Touré, M. (eds), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, 1999 ; p.133-149.
- BOIRON, H., « Considérations sur la valeur des épreuves sérologiques de la syphilis », *Bull. méd. AOF*, 3, 4 ; 1958, p. 415-419.
- CASTETS, M., « La sérologie de la syphilis chez les Africains de Dakar », *Bull. méd. AOF*, 3, 4; 1958, p. 381- 398.
- CAZANOVE, « Considérations sur les évaluations vénériennes et les procédés de la lutte antivénérienne aux colonies », *Rev. Méd. Hyg. trop.*, 22, 2 ; 1930, p. 49-58.
- CHAMPEAU, M.F., *Premiers aperçus sur la syphilis dans la vallée du fleuve Sénégal*, Gouvernement général de l'AOF, S.G.H.M.P., 1953. A.N.S
- COQUERY-VIDROVITCH, C., « La prostitution : de la femme libre au sida », *Les Africaines : Histoire des femmes d'Afrique noire du XIXe au XXe siècle*. Paris, Desjonquères, 1994 ; p.189-206.
- COQUERY-VIDROVITCH, C., *Les Africaines. Histoire des femmes d'Afrique noire du XIXe au XXe siècle*. Paris Desjonquères, 1994.
- CORBIN, A., « La grande peur de la syphilis », Jean Pierre Bardet et al (ed ) *peur et terreur face à la contagion, Choléra, tuberculose, syphilis XIXe XXe siècle*, 1988, p. 328-348.

---

<sup>40</sup> Ngalamulume K.J, Le péril vénérien. L'Etat français et la sexualité à Saint-Louis du Sénégal, 1850-1920. in *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, s/d Bado J.P, Karthala 2006, pp. 99-118, p. 101.

CORBIN, A., les filles de noce. Misère et prostitution au 19<sup>e</sup> siècle, Paris, Abier Montaigne Flammarion, 1978.

DENIS P, BECKER C, s/d, L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne. Karthala 2006.

GALLAY, H., Trois ans d'assistance aux indigènes et la lutte contre la variole. 1905-1906-1907, Paris, Emile Larose, 1909.

GARIN, C. « La repopulation de nos colonies, notions d'obstétriques et de puéricultures », Jules, G. ; Garin, C. ; Leger, M., Médecine coloniale maladies des pays chauds, Paris, B. Bailliére et fils, 1929 ; p.388-391.

GRMEK M.D, Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle. Paris, Payot, 1985.

HECKENROTH, « Quelques considérations démographiques sur Dakar », Bulletin de la Société Médico chirurgicale de l'Ouest africain 2,5 ; 1931, p. 132-141.

HIPPOLYTE, M., La syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale, la loi, Paris, 1875.

KERMORGANT A., « Aperçu sur les maladies vénériennes dans les colonies françaises », Ann. Hyg. Méd. colon., 6 ; 1903, p. 428-460.

KERNEIS, « Fonctionnement de la maternité indigène de Dakar », Bulletin de la Société Médico chirurgicale de l'Ouest africain 2,4 ; 1921, p.107-118.

LANCEREAUX, E. Traité historique et pratique de la syphilis, Paris, Germer Bailliére, 1873.

LEGER, M. « La syphilis dans les colonies françaises », Jules, G. ; Garin, C. ; Leger, M., Précis de médecine coloniale, Paris, B. Bailliére et fils, 1929 ; p.166-171.

LHUERRE H., « La prophylaxie individuelle des maladies vénériennes », Bull. Soc. Path. Exot, 21, 9 ; 1928, p. 817-821.

MALLEVILLE, J., « La syphilis et les tréponématoses endémiques distribution géographique et écologie », Les cahiers d'outre mer n° 113 ; janvier 1976, p. 5- 17.

MASSEGUIN, M. ; RIDET, J., Lutte contre les tréponématoses en Afrique occidentale Française, Gouvernement général de l'AOF, Direction générale de la santé publique, A.N.S., 1953.

MASSEGUIN, M. ; RIDET, J, Lutte contre les tréponématoses en AOF, Médecine Tropicale 1954, No 1

NOGUE, M., Note sur le fonctionnement de la polyclinique de l'hôpital indigène de Dakar Bull de la soc med chi de l'ouest africain 2 ; 1920, p. 53 –59.

NOGUE, M., « La syphilis chez les Noirs du Sénégal. La lutte contre la syphilis à Dakar ». Rev. Méd. Hyg. trop., 15, 5 :1923, p. 205-208.

O.M.S., 4<sup>e</sup> Rapport du comité d'Experts des Maladies Vénériennes et des Tréponématoses, Rapport technique 63, mai 1953, A.N.S.

O.M.S., L'Arrangement de Bruxelles de 1924 relatif aux facilités à donner aux marins du commerce pour le traitement des maladies vénériennes, Rapport technique 150, 1958. A.N.S.

OMS, 2004, *Politique actuelle de la collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*. Département Halte à la tuberculose et Département VIH/SIDA, WHO/HTM/TB/2004, 300 & WHO/HTM/HIV/2004, Genève, 23p.

PINARD, M. De la propagation des maladies vénériennes par les maisons de tolérance. Les scandales de la prostitution réglementée. A.N.S.

RICOU, Les maladies vénériennes en AOF, Rapports préparés pour le comité d'hygiène et d'épidémiologie d'Alger, 1943, A.N.S.

RIDET, J., Tréponématoses africaines, Momento clinique et sérologique, Campagne de masse, A.N.S

SARRAUT, A, La mise en valeur des colonies françaises, Paris, Payot, 1923 ; 675.p.

SETEL, P.W.; LEWIS, M.; LYONS, M.(eds), Histories of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa ,Greenwood presse, 1999.

SIBOULET, A. et collaborateurs. Maladies sexuellement transmissibles. Masson.

SICOT, M., la prostitution dans le monde, Hachette, 1964.  
 STOP TB Partnership, 2006-a, The Global Stop to TB 2006-2015 ? Actions for life :towards a world free of TB, WHO 167p.  
 STOP TB Partnership, 2006-b, Global Tuberculosis control-surveillance, planning, financing WHO.  
 THIROUX A., Les maladies vénériennes dans les colonies françaises, Rapports présentés au congrès colonial national de la santé publique et de la prévoyance sociale 1922, A.N.S.  
 SANKALE, M., Médecins et action sanitaire en Afrique Noire. Présence africaine, 1969.

## **SOURCES D'ARCHIVES**

### **I - SERIE H**

1H1 /1 : Affaires médicales traitées, situation médicale de Dakar.  
 1H4/ 1 : Etudes et monographies médicales ( 1930- 1934).  
 1H21/26 : Protection de la santé publique  
 1H25/26 : Protection maternelle et infantile.  
 1H29/26 : Maladies vénériennes 1943  
 1H48/144 : Affaires médicales diverses ; prostitution.  
 1H49/163 : Rapports fournis à l'OMS sur la santé en AOF ; campagnes de masse.  
 1H50/163 : Les tréponématoses rapport fournis à l'OMS.  
 1H57/163 : Carte des établissements hospitaliers de l'Union française.  
 1H83/163 : Les tréponématoses ; correspondances techniques.  
 1H84/163 : Documentation sur la syphilis.  
 1H109/163: conventions sanitaires internationales.  
 1H122/163: Démographie en AOF.  
 1H37/13 : Rapport des tournées médicales dans les subdivisions du Sénégal.  
 2H12/26 : Programme d'action sociale.  
 2H14/26 : Protection maternelle et infantile en AOF.  
 H 42 : Maladies vénériennes, correspondance du chef de l'intérieur  
 H 130 : Rapport de l'Inspection des Services Sanitaires.

### **II – SERIE G**

2G1 ; 7/4 : Rapport médical annuel de la colonie du Sénégal.  
 21G26/17 : Police des mœurs réglementation des spectacles, publication pornographiques.  
 21G49/17 : Développement des grandes villes en AOF.  
 21G100/17: Les maisons de tolérance.  
 22G75/132: Recensement démographique dans les territoires du Groupe