



REVUE
HISTORIQUE
DE L'ARMÉE

*LE SERVICE DE SANTÉ
DES ARMÉES*

RÉSERVÉ
AU CORPS MÉDICAL



2^e ANNÉE

1972



N° 1 (SPÉCIAL)

LE SERVICE DE SANTÉ

DANS SES TACHES DE SANTÉ PUBLIQUE

EN AFRIQUE FRANCOPHONE



La visite

Album du médecin général Fournial.



Un diocèse - fossé par le Dr Fournial

(Musée du Val de Grâce.)

« J'ai pensé que les campagnes doivent avoir, elles aussi, des malades manquant de médecins pour les soigner. Il faut donc leur en envoyer avec ample provision de médicaments, qu'ils séjournent dans chaque localité le temps nécessaire et qu'ils se transportent partout ».

(Lettre du Vizir Ali ben Issa à Simon ben Thabet, Premier médecin du Calife de Bagdad, IX^e siècle).

I. — ORIGINES DE L'ASSISTANCE MEDICALE

VOICI que pour la première fois dans son histoire, sortant de son isolement millénaire, le continent africain s'ouvre à la pénétration européenne, permanente, concertée, insinuante. Aux explorateurs, aux marchands enkystés dans leurs comptoirs côtiers, aux rivaux de bref passage, succèdent, vers la fin du siècle dernier, des administrateurs, des missionnaires dont la tâche journalière et le but lointain sous-entendent la présence constante et l'expansion continue.

Les villes naissent, des stations secondaires se créent aux carrefours pistes, au bord des fleuves, partout où les conditions géographiques, géographiques, agricoles ou pastorales permettent à une population relativement nombreuse de vivre à l'ombre du drapeau français. Aux postes initiaux du début, que l'on reconnaît de nos jours encore aux magnifiques allées de kapokiers qui les parcourent, se substituent puis s'ajoutent des chefs-lieux de l'Administration des Colonies, d'où émane par le canal du Commandant de Cerele ou du Chef de subdivision, assisté de quelques officiers européens, le pouvoir de décision dans tous les domaines, y compris le technique. Cette situation : population africaine paisible dans son ensemble, administrée directement par une poignée de Français, vaudra jusqu'aux indépendances ; parmi ces fonctionnaires civils, le Médecin est presque toujours un Officier d'active, mis par l'Armée à disposition du Ministère des Colonies, puis à celui de la France métropolitaine.

La présence d'un Médecin militaire du Service de Santé des Troupes coloniales employé à des tâches d'assistance médicale civile s'explique par trois raisons : la continuité insensible qui a fait du Médecin des armées de la conquête le Médecin du poste militaire, puis celui du poste civil — les succès obtenus au Maroc par les Médecins de l'Assistance Médicale dans la pacification du pays — et le fait qu'en dehors des Médecins militaires, le recrutement de praticiens dans le civil s'avérait difficile devant les conditions de vie et d'emploi qui, sur le plan matériel, tout au moins, n'étaient pas celles d'aujourd'hui !

Pour l'Afrique Occidentale Française les premiers postes d'assistance médicale furent créés en 1887 dans l'île de Gorée, au large de Dakar et à Ségou-Sikoro dans la boucle du Niger. Devant les succès obtenus, le nombre ne va cesser de croître au fil des années ; en 1905 l'Assis-



Moyen-Congo. Équipe de prospection du S.G.H.M.P. de l'A.E.F. (Photo CMIDOM.)

stance Médicale Indigène (AMI) est organisée et ses structures administratives se retrouvent souvent inchangées dans l'Ouest africain francophone de nos jours.

Si soixante et onze Médecins et sept Pharmaciens militaires y étaient employés en 1925, leur nombre s'élève à la veille de la seconde guerre mondiale à cent soixante-cinq et quatorze respectivement, et ils sont assistés de douze Officiers d'administration. A titre de comparaison, notons qu'en 1938 l'A.O.F. comptait trente-quatre Médecins civils, contractuels ou conventionnés, trente-deux « Hygiénistes », émigrés pour la plupart d'origine russe qui n'étaient pas autorisés à exercer en Métropole et cent quatre-vingt-quatre Médecins-auxiliaires sortis de l'École de Médecine de Dakar, ouverte en 1918.

Pour l'Afrique Equatoriale Française l'implantation médicale française se fait plus lentement et avec plus de peine, du fait des communications difficiles avec l'intérieur à travers la grande forêt tropicale.

Les premiers postes médicaux créés sont ceux de Libreville (1899), de Brazzaville, de Loango et de Ndjolé ; l'Oubangui Chari et le Tchad suivent, avec quelque retard : jusqu'en 1905 le service médical du Tchad n'est assuré que par un seul médecin basé à Fort-Lamy !

En 1908, l'A.E.F. ne comptait que onze Médecins et jusqu'en 1914 on a le sentiment que « l'A.E.F. n'est pas traitée sur le même pied que

les autres colonies ». (Séneal). Ces médecins ne sont que trente-deux en 1923, quarante en 1924, soixante-huit en 1929.

La loi du 28 février 1931, en prévoyant 75 millions de crédits sanitaires, allait toutefois améliorer la situation ; dans les grandes villes, Brazzaville, Pointe-Noire, Libreville, Bangui, Fort-Lamy, des Hôpitaux coloniaux remplacent les « Ambulances » et un réseau de dispensaires dans les petits postes permet de soigner un nombre croissant de malades.

En 1938 l'A.E.F. dispose de cinq Hôpitaux, cinquante-trois Centres médicaux, cent trente-six dispensaires d'A.M.I. ; quatre-vingts Médecins et six Pharmaciens, trois Officiers d'Administration, tous du Service de Santé des Troupes Coloniales, y sont affectés ; on ne compte en A.E.F., à cette date que deux médecins contractuels, un « Hygiéniste » et trois « Aides de Santé », qui ne sont pas l'équivalent des Médecins-titulaires sortis de l'École de Dakar.

Le tableau ci-dessous résume ces données :

	A.O.F. 1938	A.E.F. 1938
Crédits sanitaires	99.402.885	21.826.000
Personnel européen	451 (dont 165 médecins militaires)	185 (dont 80 médecins militaires)
Personnel indigène	3.469	895
Formations sanitaires	556	325
Hospitalisations	61.259	52.395
Consultants	3.742.143	904.063
Consultations	13.232.977	3.101.552

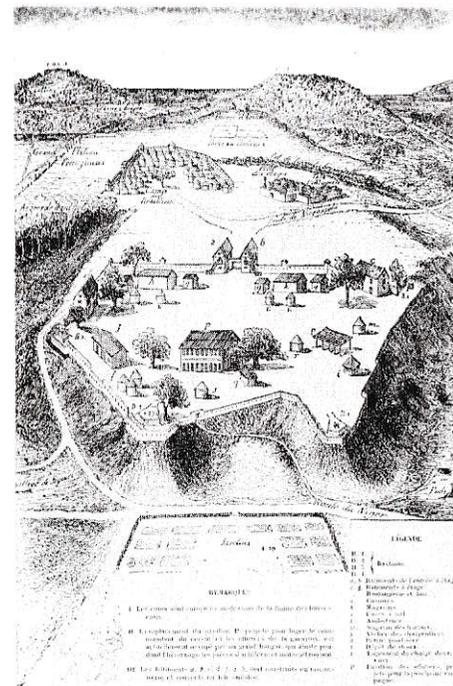
On peut être légitimement fier des résultats ainsi obtenus en moins de quarante ans sur un ensemble de territoires trente fois plus étendu que la France. Là où il n'y avait rien au début du siècle, on trouvait maintenant dans les postes de brousse les soins élémentaires de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Dans les grandes villes, les formations hospitalières s'équipaient progressivement. L'Hôpital-hospice de Dakar, fondé en 1872 par les chirurgiens formés à l'École de chirurgie navale de Rochefort est remplacé par un vaste Hôpital Colonial ; pour la seule circonscription de Dakar, trente-deux formations sanitaires sont en fonctionnement en 1939. Le même phénomène et la même progression s'observent dans les chefs-lieux des six autres colonies dont l'ensemble fédéré constitue l'A.O.F. (1), et dans ceux des quatre Colonies d'A.E.F. (2). Les Territoires sous mandat du Cameroun et du Togo suivent une évolution analogue.

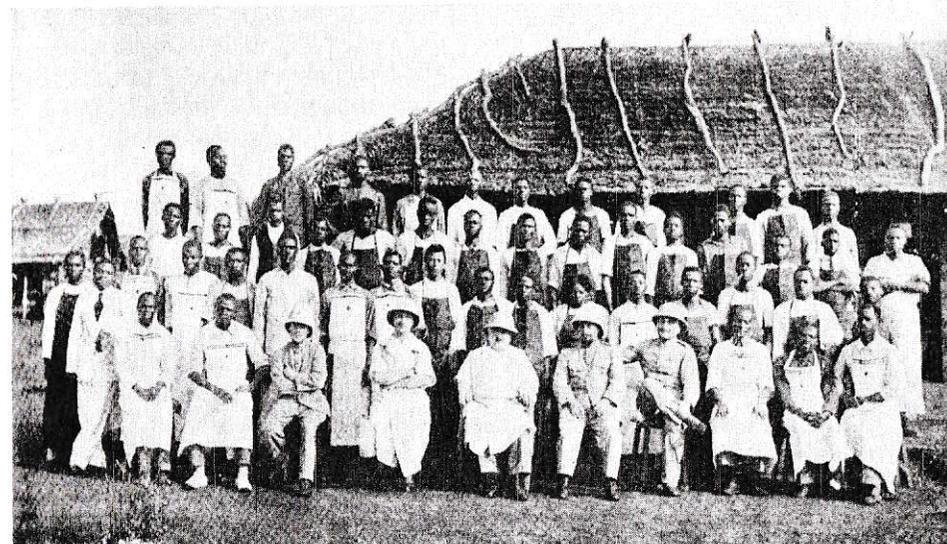
Parallèlement la Pathologie Tropicale, sous ses divers aspects, était chaque jour mieux connue, mieux décrite, rapportée à une étiologie plus

(1) Circonscription de Dakar (Sénégal), Mauritanie, Soudan, Niger, Guinée, Côte d'Ivoire, Cameroun.

(2) Gabon, Moyen-Congo, Oubangui-Chari, Tchad.



Vue intérieure du port de Sigüiri.
De : Gallieni (lieutenant-colonel).
Deux campagnes au Soudan français
1886-1888. Paris, Hachette, 1891.
(On remarquera l'ambulance en l.)



(L'Illustration, 1926.)

précise et souvent spécifique ; elle faisait aussi, grâce au laboratoire, l'objet d'une thérapeutique plus efficace.

En 1897 le Médecin de première classe Marchoux, s'attachant surtout à l'étude du paludisme, fonda le laboratoire de Bactériologie de Saint-Louis du Sénégal d'où naîtra l'Institut Pasteur de Dakar, puis celui de Kindia, dans le Fouta Djallon.

L'Institut Pasteur de Brazzaville, issu des travaux de la Mission d'Etudes (Roubaud, Martin, Lebœuf. 1906-1908) sur la maladie du sommeil, est ouvert en octobre 1909 et se prolongera par une annexe à Bangui.

Le besoin en personnel auxiliaire nécessaire au fonctionnement de ces formations hospitalières ne tarda pas à se faire sentir : l'École de Médecine de Dakar, ouverte en 1918, destinée à préparer des médecins, pharmaciens et des sages-femmes auxiliaires, fonctionna jusqu'à ce qu'elle soit remplacée par une École de plein exercice, puis une Faculté de Médecine et forma de nombreuses promotions de Médecins, de sages-femmes et de Pharmaciens africains de grande valeur sur le terrain.

L'A.E.F., par contre, éprouva de plus grandes difficultés lorsqu'elle s'engagea dans cette voie et ne put dépasser le stade des Aides de Santé formés à Ayos.

Telle était donc la situation à la veille de la seconde guerre mondiale. Le contrat d'assistance médicale que la France se considérait comme normalement tenue d'honorer était en cours d'exécution ; serait-il rempli ?

II. — LIMITES DE L'ASSISTANCE MEDICALE

Le système ainsi mis progressivement en place avait pour lui l'avantage de n'exiger aucun effort d'imagination : on projetait dans les colonies les mêmes structures sanitaires qui existaient en France et dans lesquelles l'Hôpital représentait l'instrument nécessaire d'une politique de santé basée sur la consultation externe suivie ou non d'hospitalisation. Plus on était proche du chef-lieu, plus l'image de cet hôpital colonial était voisine de celle de son homologue métropolitain, avec ses divers services de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de spécialités, ses laboratoires et ses annexes ; la paperasserie était étrangement semblable dans les deux cas ; nul doute que si les crédits et le personnel eussent été suffisants on aurait songé à une promotion verticale des formations sanitaires de la colonie destinée à les amener toutes *in fine* à ce degré de perfection métropolitaine.

Malheureusement ce schéma ne pouvait convenir à la réalité de cette époque, pas plus d'ailleurs qu'à celle de l'Afrique d'aujourd'hui et peut-être même à celle de l'Afrique de demain.

Cette politique sanitaire, basée sur des formations fixes plus ou moins élaborées se heurtait en effet à des contraintes de natures diverses, qu'on ne pouvait ignorer plus longtemps « *facts are stubborn things* » et l'entêtement du réel à percer sous la croûte des apparences est surprenant !

Un premier fait : en Afrique la population était — est encore — à 80 % rurale, c'est-à-dire qu'elle tire sa subsistance d'activités agricoles et pastorales.

Pour bien des raisons, et en particulier à cause de la mauvaise qualité agricole des sols, la culture et l'élevage sont, à quelques exceptions près, de caractère extensif, ce qui entraîne une dispersion naturelle de l'habitat rural, de l'ordre de 10-15 habitants/km² en région de savanne, mais qui peut descendre nettement au-dessous de ces chiffres en région sahélienne et en forêt.

Par ailleurs les voies et les moyens de communication sont insuffisants, donc les déplacements seront d'une part rendus difficiles et demanderont d'autre part beaucoup de temps. Ainsi le facteur distance et le facteur temps se conjuguent pour limiter l'aire d'action d'une formation sanitaire fixe, quelle qu'elle soit, et l'on estime qu'une telle formation ne draine guère les habitants au-delà d'un rayon de 10 à 15 km.

Autrement, dit-il faudrait constituer un réseau extrêmement serré de formations fixes pour couvrir médicalement tout un pays ; cette hypothèse, outre le coût totalement prohibitif de sa réalisation, se heurterait tout de même au fait que ces dispensaires n'auraient aucun rendement, toujours à cause de la faible population contenue dans leur zone d'action théorique.

Un deuxième point est encore plus important : ces hôpitaux, ces dispensaires ne reçoivent que les malades qui viennent se présenter d'eux-mêmes au médecin, souvent à un stade avancé de leur maladie ; les distances, les difficultés, le temps, l'absence d'éducation sanitaire font reculer le voyage nécessaire et souvent le malade et son entourage y renoncent. Ainsi les premiers stades de la maladie, les plus dangereux pour la contamination collective mais aussi les plus faciles à guérir simplement, ne sont pas vus.

De telles conséquences ne pouvaient échapper à l'observation objective des faits, et parallèlement à l'organisation progressive d'une assistance médicale basée sur les formations fixes, allait naître une doctrine originale et courageuse, à laquelle le nom du Médecin Colonel Jamot, du Service de Santé des Troupes Coloniales demeurera attaché pour toujours.

Nous avons vu la différence des moyens dont l'A.O.F. et l'A.E.F. disposaient pour leur assistance médicale, aussi bien sur le plan des crédits que sur celui du personnel ; nous avons vu aussi que l'A.E.F. offrait des problèmes de communications plus difficiles encore et qu'elle était en retard pour la formation de son personnel technique. Ce n'est pas un paradoxe que de dire que ce sont précisément ces difficultés qui ont conduit Jamot et ses successeurs à mettre en œuvre, en A.E.F. puis au Cameroun, une méthode réaliste de lutte contre les grandes maladies tropicales et en premier lieu contre la maladie du sommeil, qui, à cette époque, faisait disparaître en quelques mois des villages entiers de la brousse et de la forêt.



S.G.H.M.P. Examen des habitants d'un village en vue du dépistage des sommeilleux et des lépreux. (Collection de l'auteur.)

III. — NAISSANCE D'UNE DOCTRINE

La trypanosomiase humaine africaine, dont le sommeil n'est qu'une manifestation tardive et inconstante, était connue et redoutée de longue date ; entre 1901 et 1910 on découvre à la fois ses agents pathogènes, *Trypanosoma gambiense* et *Trypanosoma rhodesiense*, ses vecteurs, les glossines, couramment appelées mouches tsé-tsé et un médicament très actif dans les premiers stades de la maladie, l'atoxyl. Tout était donc prêt pour la lutte ; il y manquait l'essentiel.

La comparaison de ces deux textes administratifs, écrits à trois ans d'intervalle nous fait saisir sur le vif la mutation capitale qui vient de s'opérer :

(1913) « Au chef-lieu, les indigènes contaminés sont soumis à une surveillance constante ; ceux qui jouissent d'une santé assez robuste pour assurer par eux-mêmes leur existence viennent se faire examiner toutes les semaines à l'Institut Pasteur (de Brazzaville) qui pendant les années 1912 et 1913 a pratiqué 13.320 injections d'atoxyl. Les sommeilleux plus atteints sont hospitalisés ».

(1916) « Nous avons pu, en moins de deux ans, visiter tous les villages, à de rares exceptions près, d'un territoire ayant une superficie de plus de 100.000 kilomètres carrés (Oubangui-Chari).

Nous y avons examiné et manipulé un par un 89.743 habitants, parmi lesquels 5.347 ont été reconnus trypanosomés... Tous les foyers épidémiques rencontrés, et nous en avons rencontré d'extrêmement violents, ont été maîtrisés.

Ces résultats montrent qu'il est possible de spéculer sur la collaboration de l'élément indigène pour organiser, avec un personnel médical européen restreint, une lutte méthodique contre la maladie du sommeil » (Jamot).

Ce changement radical dans la méthode se résume en une petite proposition toute simple « *Aller au devant du malade* » et ne plus attendre qu'il vienne de lui-même se présenter au médecin. L'application sur le terrain de cette idée-force n'est plus qu'une question de logistique et de persévérance.

Avant d'examiner avec quelques détails les procédés mis en œuvre, les réalisations concrètes et les succès obtenus, je voudrais faire remarquer combien cette doctrine nouvelle, proposée et mise en œuvre par Jamot, était représentative d'un sens des réalités bien français et surtout qu'elle ne pouvait être bien comprise et suivie fidèlement que par ces médecins militaires qui, depuis les compagnons de Jamot jusqu'aux médecins actuels des Services des Grandes Endémies, ont eu la quasi-exclusivité de ce combat contre les grandes maladies sociales de l'Afrique.

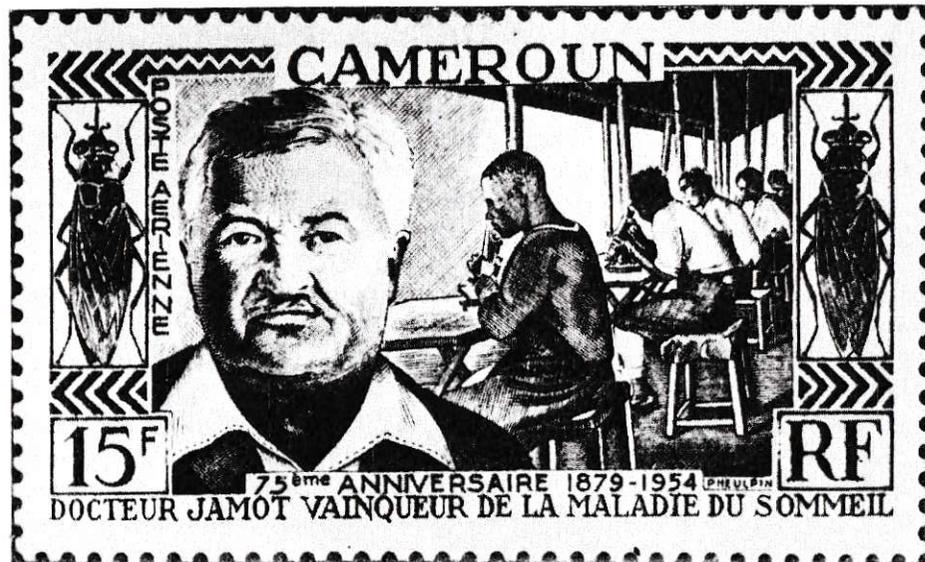
Tout d'abord Jamot fait appel à une vertu militaire essentielle : l'offensive ; on ne doit pas attendre passivement les coups que la maladie inflige deci delà à la population, mais au contraire porter le combat au cœur même du foyer épidémique ; on a, à juste titre, appelé quelquefois cette forme d'action sanitaire « *Médecine de l'avant* », « *Médecine dynamique* », « *Médecine debout* » par opposition à la médecine des formations sanitaires fixes qualifiée (péjorativement) de statique ou d'assise.

La terminologie de cette stratégie sanitaire résolument offensive laisse transparaître des résonances militaires : on divise le pays en secteurs, on lance des campagnes de masse avec leurs phases successives de reconnaissance géographique, d'attaque, de consolidation, de surveillance ; on parle d'îlots de résistance et de foyers résiduels ; les armes destinées à ce blitzkrieg épidémiologique, la panoplie des chimiothérapies actives en particulier, sont appréciées pour leur efficacité et éprouvées au feu des résultats obtenus ; l'action en profondeur est poursuivie par le repérage de plus en plus précis de l'adversaire tapi dans tout porteur de germes et la liquidation des comparses vivants, pour ne pas dire des complices et des collaborateurs de l'infection, insectes ou animaux, s'il en existe. La victoire, comme nous verrons, a souvent justifié et récompensé cette tactique et ces efforts.

Il va sans dire que la mise en pratique de cette doctrine sur le terrain africain, du sahel à la forêt tropicale, a exigé du personnel engagé, outre des efforts physiques considérables, un sens de la méthode, une obéissance continue aux Instructions Techniques, une persévérance sans relâche qui étaient indispensables dans la poursuite de cette médecine collective dont les objectifs nécessairement lointains conféraient à l'action de chaque exécutant ce caractère anonyme et désin-



Varioloux au Nord-Cameroun - 1964 - Photo CMIDOM.



téressé qui est dans la nature même et dans les fonctions du Service de Santé.

Pour réaliser cette directive générale d'action sanitaire dont l'essentiel se trouve déjà exprimé dans le texte d'origine arabe du IX^e siècle que nous citons en épigraphe, il fallait dégager les grands principes qui devaient guider et soutenir les efforts de ces équipes de lutte contre la maladie du sommeil que Jamot lançait dans la bataille, d'abord en A.E.F. (1915-1922) puis et surtout au Cameroun (1922-1931).

Ces grandes lignes, définies par Jamot lui-même dans le texte de 1916 ci-dessus, furent précisées et complétées au cours des années de lutte, contre la maladie du sommeil d'abord, puis contre les autres grands fléaux de la pathologie tropicale, par ses successeurs et ses émules qui, en 1939, à la suite d'une fructueuse mission effectuée par Jamot de 1932 à 1935 dans les sept colonies d'A.O.F. au cours de laquelle 75.000 trypanosomés furent dépistés alors que cette maladie y était souvent négligée, sinon niée, appliquèrent à l'A.O.F. les méthodes et les techniques qui avaient si bien réussi en A.E.F. et au Cameroun ; Jamot, mort en avril 1937, ne devait connaître ni les suites de sa mission, ni les perspectives qu'elle ouvrait, d'une façon plus générale, pour la lutte contre les maladies transmissibles dans les pays en voie de développement.

Ces principes peuvent être résumés dans le sigle M M P P A A que nous allons rapidement expliquer :

M pour mobilité : les équipes doivent atteindre les villages les plus reculés de la brousse ou de la forêt, réalisant la couverture géographique totale de la région ; l'action médicale, pour atteindre cet objectif, doit se ramifier comme les branches d'un arbre ; les équipes les plus légères, utilisant tous les moyens de transport, y compris la progression à pied, pénètrent de plus en plus profondément dans l'hinterland rural. Elles assument les fonctions essentielles de dépistage, de traitement, de vaccination, de chimioprophylaxie et, préoccupation constante, d'évaluation des résultats.

M pour masse : ici, c'est la couverture démographique totale qui est entreprise. En effet toute action de médecine collective et préventive exige, pour être suivie de succès, que l'ensemble de la population soumise au risque soit périodiquement examinée, que les malades et porteurs de germes soient dépistés et traités ; faute de quoi, on laisserait derrière soi une source intacte de contamination qui entretiendrait la maladie et pourrait être à l'origine d'une nouvelle flambée épidémique. C'est ici que la nécessité d'une coopération étroite avec les autorités administratives est la plus impérieuse.

P pour polyvalence : créés au début pour lutter contre le plus menaçant des fléaux africains, la maladie du sommeil, les services mobiles, en raison même des succès remarquables obtenus, se virent confier d'autres tâches du même ordre et s'attaquèrent à d'autres maladies sociales telles que la lèpre, la tuberculose, les tréponématoses, l'onchocercose, le paludisme, les bilharzioses, etc. ; les équipes furent

alors entraînées à pratiquer le dépistage et le traitement des malades et des porteurs de germes au cours du même rassemblement des populations.

Du fait même de leur structure, de leur mobilité et de leur ardeur conservée, c'est à ces services mobiles que l'on fait appel lorsqu'une épidémie imprévue, fièvre jaune, méningite cérébro-spinale et maintenant choléra, éclate dans le territoire ; à propos de cette dernière maladie il est bon de noter que ce sont les États qui n'ont jamais eu de services mobiles (Ethiopie), qui les ont réduits (Mali) ou qui ne peuvent les utiliser à plein (Tchad), qui ont payé le plus lourd tribut au choléra en 1970-1971.

Il est un dernier rôle que les services mobiles remplissent : celui de sentinelle avancée en zone rurale, au regard des maladies transmissibles. Par leurs déplacements incessants, leur pénétration profonde dans la brousse, ils dépistent, comme le cas s'est produit plusieurs fois à propos de la fièvre jaune, les premiers malades et en donnant précocement l'alerte, ils ont évité ainsi l'urbanisation toujours redoutable de cette maladie.

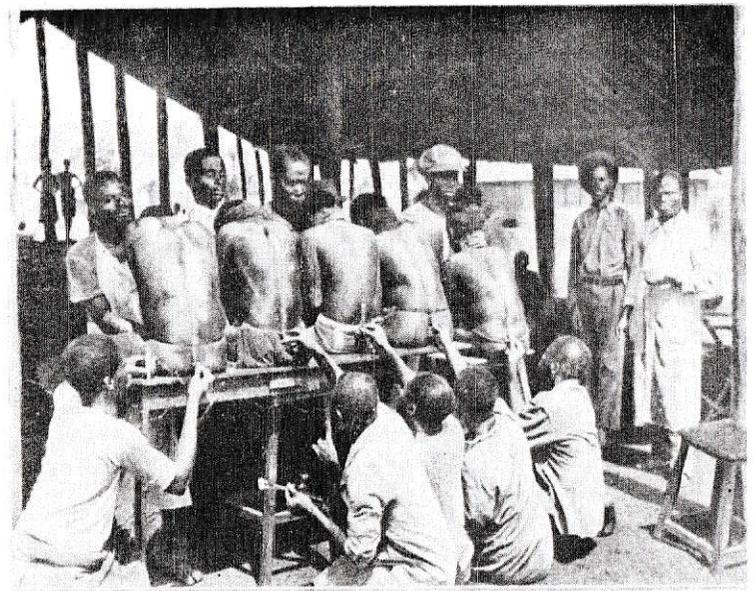
Pour *prophylaxie*. Toute l'action de ces services mobiles doit être orientée vers le geste prophylactique ; avant tout la maladie doit être attaquée dans la collectivité humaine et dans l'environnement. Le traitement individuel des cas n'est certes pas négligé, car il entraîne la collaboration des villageois et surtout il constitue un acte prophylactique, en supprimant tout ou partie de la source de contamination.

L'emploi des vaccins les plus actifs, des techniques d'inoculation les plus modernes avec les injecteurs sans aiguilles, la chimio-prophylaxie, la lutte contre les insectes vecteurs de maladies, l'assainissement en zone rurale, sont les manifestations les plus visibles de ces missions préventives.

A pour *activité*. Les services mobiles ne peuvent entreprendre, à l'échelle collective, la lutte contre une maladie que s'ils ont à leur disposition une arme prophylactique ou thérapeutique active et notamment à doses unique ou peu nombreuses, sûre d'emploi et peu coûteuse.

C'est le cas pour la trypanosomiase, la variole, la fièvre jaune, les tréponématoses, la méningite cérébro-spinale épidémique, la rougeole et à un degré moindre, la lèpre, la tuberculose et le trachome. Des maladies, pourtant graves ou invalidantes, comme le paludisme, les filarioses lymphatiques, sanguines et dermiques, en particulier l'onchocercose, les maladies entériques, les verminoses intestinales et les bilharzioses, demeurent encore en quête d'un moyen curatif ou préventif utilisable en médecine de masse ; la recherche scientifique et la découverte d'un « raccourci chimique » permettront peut être pour certaines d'entre elles d'entreprendre la lutte à grande échelle.

La couverture médicale d'une contrée tropicale n'est donc pas totale et un choix raisonné est indispensable pour discerner ce qui peut être



Infirmières indigènes recueillant le liquide céphalo-rachidien de suspension après ponction lombaire pratiquée par un médecin.

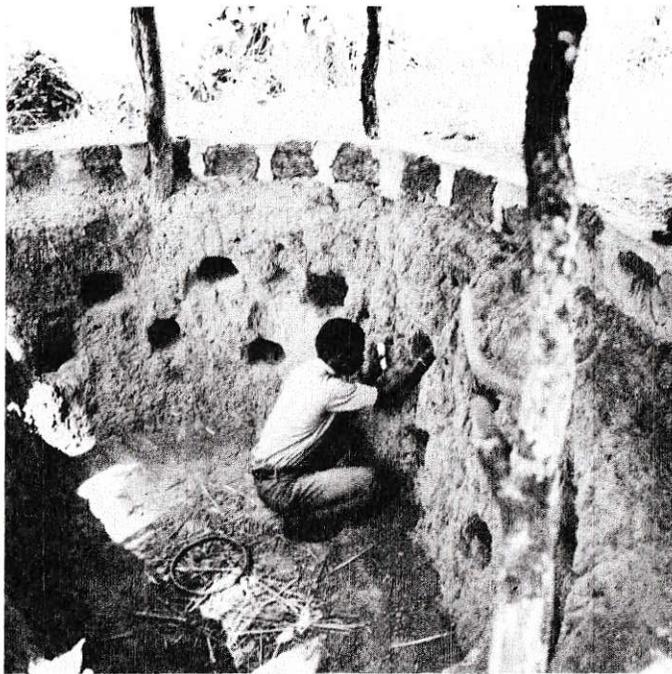
(L'Illustration, 1926.)

accompli, compte tenu des urgences et des moyens, à l'inverse des formations fixes dont l'ambition est de couvrir, en apparence du moins, tous les aspects de la pathologie.

A pour *auxiliaires*. Nous touchons là au point le plus important peut être de la doctrine de Jamot : devant la dispersion géographique des tâches, le médecin ne peut assumer à lui seul tous les gestes diagnostiques, thérapeutiques et prophylactiques, nécessaires ; il doit donc en déléguer une partie à des auxiliaires qui vont en quelque sorte multiplier, diversifier et étendre son action :

« Les indigènes du Congo, comme ceux de toutes nos colonies où sévit l'endémo-épidémie (de trypanosomiase) sont, en effet, capables, même s'ils sont illettrés, d'acquiescer très rapidement une certaine habileté pour toutes les manipulations que nécessitent le diagnostic microscopique et le traitement de la trypanosomiase humaine. Toutefois, leur manque d'instruction générale nous interdit momentanément de compter sur leur esprit d'initiative et nous oblige à surveiller tous leurs actes de très près, mais, sous cette réserve, ce sont des collaborateurs très précieux » (1916).

Tout est dit : le choix des méthodes les plus simples, les instructions techniques précises et standardisées, évitant tout appel à la décision personnelle, discutable et potentiellement dangereuse, la supervision sans défaillance, l'évaluation des performances.



Bobo-Dioulasso (Haute-Volta). Centre Muraz 1971. Capture des moustiques dans les puits MT. (Photo CMIDOM.)

Il convient d'ajouter que depuis Jamot la formation professionnelle de ces auxiliaires s'est singulièrement renforcée et qu'ils sont actuellement loin d'être illettrés. Des écoles ont été créées à leur usage à Ayos (Cameroun) puis à Bobo-Dioulasso (Haute Volta) ; cette dernière, bien connue sous le nom d'Ecole Jamot, forme les techniciens des services mobiles de tout l'Ouest francophone.

IV. — ORGANISATION ET RESULTATS

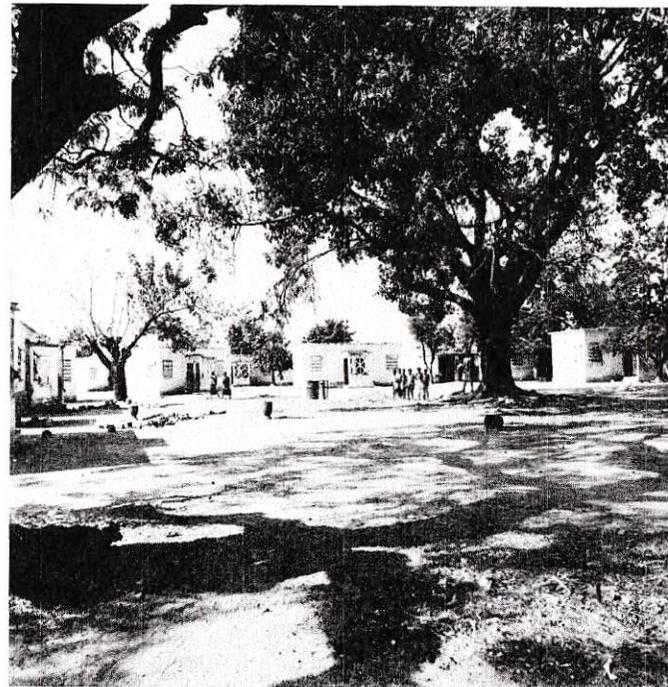
La lutte contre les grandes endémies africaines allait donc s'organiser sur ces bases ; en 1926 la Mission Permanente de la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun est née ; en 1927 l'A.E.F. crée un service spécial de la Trypanosomiase ; en A.O.F., devant les résultats médiocres des Groupes de Prophylaxie de la maladie du sommeil, pauvres en personnel et en moyens et surtout inféodés à l'Assistance Médicale, on finit par adopter les recommandations que Jamot avait faites en 1935 : le service général autonome de la maladie du sommeil (SGAMS) en A.O.F. et au Togo est créé le 20 janvier 1939, comprenant vingt-sept secteurs spéciaux ; sa chefferie est établie à Bobo-Dioulasso.

En 1945 ces organismes, devant les succès obtenus, voient leur action s'élargir au-delà de la trypanosomiase et se transforment en Services Généraux d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP).

En 1957, l'application de la loi-cadre morcelle ces services fédéraux de l'A.O.F. et de l'A.E.F. en autant de fragments qu'il y a de colonies ; au moment des indépendances (1958) chaque nouvel Etat dispose ainsi d'un Service National des Grandes Endémies, constitué par le regroupement des anciens secteurs du SGHMP existant sur son territoire.

C'est le grand mérite du Médecin Général Richet d'avoir saisi immédiatement le danger de cette balkanisation sanitaire et surtout d'avoir su convaincre les Ministres de ces jeunes Etats que la maladie risquait de ne point reconnaître ces nouvelles frontières, le plus souvent d'ailleurs de caractère plus politique que naturel et parfaitement perméables aux mouvements de population.

A la suite de ses efforts un organisme multinational était créé, qui unissait les anciennes Colonies de l'A.O.F. et le Togo pour une défense sanitaire commune ; en 1960, l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE) voyait le jour. Son siège était établi à Bobo-Dioulasso ; les Centres



Village des malades de l'Institut Marchoux à Bamako. (Photo CMIDOM.)



Afrique 1964. (Photo CMIDOM.)

de Recherche et de formation du personnel, préexistant ou nouvellement créés, qu'il aurait été difficile à chaque Etat d'entretenir à lui seul et pour lui seul, y étaient rattachés : Centre Muraz et Ecole Jamot à Bobo-Dioulasso, Institut Marchoux et Institut Ophthalmologique et du Trachome (IOTA) à Bamako, Office de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition en Afrique (ORANA) à Dakar.

La France acceptait d'assumer 50 % des frais de fonctionnement et fournissait l'assistance technique nécessaire sous la forme de personnel médical et technique dont la majorité provenait du Service de Santé des Troupes de Marine.

En 1963, une initiative semblable se concrétisait, au bénéfice des Etats issus des anciennes colonies de l'A.E.F. et du Cameroun, sous la forme d'une Organisation de Coordination pour la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique Centrale (OCEAC), dont le siège était fixé à Yaoundé (Cameroun) et à laquelle la France fournit depuis sa création une aide substantielle par le canal du Fonds d'Aide et de Coopération (FAC) et l'assistance technique nécessaire en personnel.

Il est bon d'ajouter que l'assistance de la France dans ce domaine de la médecine préventive et sociale ne se limite pas à l'OCCGE et l'OCEAC, mais qu'elle contribue au fonctionnement des Services des



Tunisie. Matmata. Bordj et dispensaire. (R.H.A.)

Grandes Endémies de chaque Etat-membre, en mettant à leur disposition des médecins et des techniciens, le plus souvent militaires, responsables de tâches opérationnelles dans les Secteurs, tâches pour lesquelles le personnel africain ne manifeste pas toujours ou pas encore l'enthousiasme nécessaire.

Les résultats sont là, qui permettent d'apprécier combien cette politique sanitaire et cette longue patience, souvent obscures, étaient nécessaires et fructueuses : la *trypanosomiase humaine*, à l'exception de quelques foyers résiduels, est partout en régression ; de 12 % en 1940, la contamination est tombée à 0,13 % de la population en 1970. La *variole* et la *fièvre jaune* sont contenues grâce aux campagnes répétées de vaccination ; mais des retours offensifs sont encore à redouter, là où l'effort d'immunisation se relâche.

Les *tréponématoses* (pian, syphilis, bejel) sont en régression, surtout le pian et le bejel, sous l'effet de la pénicillinothérapie systématique.

La *rougeole* et la *méningite cérébro-spinale* épidémique, grandes tueuses des jeunes enfants qui sont l'espoir de ces Pays, font moins de ravages qu'auparavant ; mais l'immunisation contre la rougeole coûte cher à entretenir et les essais d'un vaccin efficace contre la méningite piétinent.

Les *lépreux* sont maintenant bien recensés et ceux qui suivent régulièrement leur traitement sont stabilisés ou guéris grâce aux nouveaux médicaments dont l'arsenal thérapeutique s'est enrichi au cours des derniers vingt ans.

Paludisme, onchocercose, bilharzioses font encore l'objet de travaux de recherche systématiques et d'expérimentations-pilote.

Cette liste déjà impressionnante, n'est certes pas limitée à ces maladies ; ce n'est pas tant leur nombre qui importe que l'esprit dans lequel la lutte contre elles a été envisagée, entreprise et poursuivie avec acharnement ; puissent les Etats africains se rallier à l'opinion du Médecin Général Sanner : « *Aussi, n'est-ce pas le moindre mérite des Services Sanitaires Français que d'avoir résisté à l'attrait de l'ostentation pour s'attaquer, si ingrate et si vaste que pût apparaître la tâche, au fond du problème. De cette option délibérée pour un chemin difficile, procède un mode d'action sanitaire qui a trouvé son expression dans les Services d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie* » (1958).

V. — AUJOURD'HUI ET DEMAIN

L'Afrique moderne est née et son visage n'est plus, qu'on le veuille ou non, qu'on le regrette ou qu'on s'en réjouisse, celui qu'il était vingt ans plus tôt ; une évolution, pour ne pas dire une révolution s'est produite dans les esprits, dans les cœurs et dans tous les domaines de l'activité des hommes ; celui de la Santé Publique n'a pas échappé à cette mutation.

Hôpitaux modernes, Facultés de Médecine, CHU, Centres de Recherche ont poussé sur le terrain défriché et préparé par plus d'un demi-siècle d'efforts, de patience, de courage, œuvre commune et silencieuse des médecins du Service de Santé Militaire, qu'ils fussent de la Marine ou de la Coloniale.

Ils ont pu le faire parce qu'ils avaient vocation pour ce métier ; ils ont réussi parce qu'ils étaient les maîtres de la décision. Aujourd'hui la barre est passée dans d'autres mains, par la force des choses et le mécanisme sans retour de l'histoire.

La dernière décennie a vu la France fournir aux jeunes Etats africains une assistance indiscriminée dans le domaine de la Santé Publique, mettant à la disposition des Ministres de ce Département les Médecins, Pharmaciens, Officiers d'Administration et Techniciens qu'ils lui demandaient afin d'assurer la continuité dans l'effort et pour que rien de ce qui avait été si âprement conquis ne se perde.

Le moment est venu maintenant de repenser et de remodeler cette assistance médicale et technique pour en faire une réelle coopération dans laquelle les deux parties trouveront une égale joie et un intérêt commun à donner comme à recevoir.

Le Service de Santé des Armées, unifié, pourrait encore être l'outil de ce dessein.

Médecin Général L. LAPEYSSONNIE.



Brazzaville. L'hôpital. (Photo Verbelke.)