



HAL
open science

La santé de l'enfant au Sénégal à l'époque coloniale. Le cas des maladies éruptives : la variole et la rougeole de 1930 à 1960

Mor Ndao

► **To cite this version:**

Mor Ndao. La santé de l'enfant au Sénégal à l'époque coloniale. Le cas des maladies éruptives : la variole et la rougeole de 1930 à 1960. Les Cahiers Histoire et Civilisations, 2003, 1, pp.85-98. halshs-01304673

HAL Id: halshs-01304673

<https://shs.hal.science/halshs-01304673v1>

Submitted on 28 Apr 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.

LA SANTE DE L'ENFANT AU SENEGAL A L'EPOQUE COLONIALE. LE CAS DES MALADIES ERUPTIVES : LA VARIOLE ET LA ROUGEOLE DE 1930 A 1960

Mor NDao

Résumé : Cette étude expose l'évolution et la distribution épidémiologique dans la colonie du Sénégal de deux maladies éruptives affectant les enfants, particulièrement la rougeole, maladie infectieuse de la prime enfance dont la létalité est mise en évidence dans les pays pauvres. Elle analyse aussi un aspect important souvent ignoré par la recherche, à savoir l'attitude des populations locales devant la maladie, les moyens de préservation individuels et collectifs mis en usage pour juguler la maladie et éviter son retour. Au Sénégal, en dépit des ravages exercés par les maladies de l'enfant, les politiques sanitaires de prévention et d'intervention ne prirent en compte des pathologies infantiles particulièrement létales comme la rougeole et la coqueluche qu'après le second conflit mondial sous la pression d'une opinion publique internationale de plus en plus sensible au sort des habitants des colonies. Jusqu'en 1960, la rougeole et la variole affligeaient la colonie et demeuraient, en dépit des thérapies modernes et locales, des problèmes de santé publique majeurs au Sénégal.

Mots-clés :

Taux de létalité : il exprime le pourcentage de décès par rapport au nombre de cas. Le mot létalité est synonyme de gravité.

La morbidité : elle est désignée comme l'ensemble des maladies et déviations qui perturbent la santé de l'enfant.

La mortalité infantile : correspond au nombre de décès pour 1000 naissances vivantes au cours de la première année de vie.

Quarantaine : isolement des personnes ou des animaux qui ont été exposés à une maladie contagieuse pendant une période égale à la plus longue période d'incubation de cette maladie, afin d'éviter tout contact avec ceux qui n'ont pas été exposés à cette maladie.

Maladie éruptive : maladie caractérisée par une apparition sur la peau de boutons, taches (macules, papules, pustules, vésicules). Leur évolution est marquée par quatre phases : la période d'incubation (10 à 14 jours), la phase d'invasion de 3 à 4 jours marquée par la fièvre et des douleurs, la troisième est la période éruptive ou d'état (macules, papules, vésicules, pustules, cicatrices ombiliquées) alors que la dernière phase correspond à la desquamation ou au déclin.

La nature encore modeste offerte dans les recherches par les questions relatives à l'histoire sanitaire des enfants nous amène, dans le cadre de ce travail, à suivre et à approfondir la réflexion sur les épidémies notamment la rougeole et la variole, deux maladies éruptives qui, à priori, constituent des problèmes de santé publique majeurs et sont déterminantes dans la morbidité et la mortalité infantiles.

Au Sénégal, l'œuvre sanitaire et l'action médicale coloniale, jusqu'aux années 1930 se limitèrent, pour l'essentiel, à la recherche d'une prophylaxie axée sur la nosologie (Bado, 1997 : 1242) et la prévention (Domergue-Cloarec, 1997 : 1228-1240). Les progrès fort limités réalisés dans l'étiologie et l'épidémiologie, les résultats encore modestes de la microbiologie et de l'entomologie occasionnèrent de virulentes maladies épidémiques qui endeuillèrent, du XIXe au XXe siècle, la colonie du Sénégal. Dans ces conditions, l'histoire sanitaire du Sénégal fut rythmée par de nombreuses épidémies – coqueluche, variole, rougeole – qui, souvent aggravées par la malnutrition, alimentaient la morbidité et la mortalité infantiles.

Au Sénégal, l'analyse et l'évaluation des pratiques de la médecine coloniale mettent en évidence la mise en place, à partir de 1930, d'une nouvelle politique sanitaire de prévention et d'intervention progressivement orientée vers la médecine de masse ainsi que la prise en compte des enfants par les pouvoirs publics dans les priorités médicales (mise en place de services de puériculture, présence d'enfants aux consultations dans les dispensaires de puériculture). Pourtant, de redoutables infections de la prime enfance à l'image de la rougeole et de la coqueluche, malgré leur létalité demeuraient largement ignorées par les services médicaux toujours préoccupés par les affections prioritaires, les maladies quaranténaires et la santé des adultes.

En dépit d'une intensification de la protection maternelle et infantile à partir des années 1930, la conclusion d'une enquête démographique effectuée en 1938 en AOF¹, après avoir ciblé la mortalité infantile comme obstacle majeur à l'accroissement de la population, dressait un tableau des moins reluisants : mortinatalité et mortalité considérables, avortement pathologique important, 15 à 20% des grossesses n'aboutissant pas à des naissances vivantes, disparition avant l'âge de quinze ans de près de la moitié des enfants.

¹ ANS 1H25 (26) : Gouvernement général, Inspection générale des services sanitaires. Instruction sur la lutte contre la mortalité infantile et les endémo-épidémies, 1940, p 3

A partir de ce moment, devant la gravité du fléau occasionné par la morbidité et la mortalité infantiles et face aux impératifs de mise en valeur coloniale, il importait d'inverser la tendance démographique en prenant à bras-le corps l'épineux problème des épidémies à l'image de la variole et de la rougeole.

La présente réflexion tente de répondre aux questions suivantes :

Quels sont les indices révélateurs du péril sanitaire infantile ? Quels sont les impacts et les incidences des infections de la petite enfance (rougeole) et de la variole sur la morbidité et la mortalité infantiles ? Comment s'opère la distribution épidémiologique de ces deux épidémies sur l'ensemble de la colonie ? Quels sont les moyens et les stratégies mis en place, autrement dit, quelle politique les autorités coloniales ont-elles menée pour lutter contre les fléaux occasionnés par la rougeole et la variole ? Quels sont les moyens mis en usage par les populations locales pour juguler l'épidémie ou pour éviter son retour ? Quels sont les moyens de préservation individuels et collectifs ?

Pour suivre à la trace l'évolution de ces deux pathologies, nous avons, au préalable, procédé à une revue critique de la documentation disponible avant d'exposer la méthode de traitement des données disponibles.

I Sources et préalables méthodologiques

Pour étudier les problèmes sanitaires infantiles, nous disposons d'une documentation relativement abondante, provenant, en gros, des Archives Nationales du Sénégal(A.N.S.) et produite, pour l'essentiel par l'administration coloniale.

Les documents d'archives de la série H (santé), des sous-séries 2G (rapports périodiques), 22G (population, état civil) ainsi que les sources bibliographiques procurent de précieuses informations permettant de produire, sur bien des points, une contribution à la connaissance des questions relatives aux endémo-épidémies et à la santé de l'enfant. Cependant, quelle valeur accorder aux séries de données chiffrées livrées par les services sanitaires ? Surtout que les cas relevés ne prenaient en compte que la létalité hospitalière, beaucoup de décès n'étant pas comptabilisés. L'absence d'une hospitalisation sur place, l'ignorance de l'issue de la maladie par les professionnels de la santé généraient une forte sous-estimation dans les statistiques sanitaires. Ainsi, un relevé général des cas de rougeole établi par les services sanitaires coloniaux ne faisait état d'aucune victime au niveau du Sénégal sur 1256 cas notifiés, 0 décès étant enregistré.

Outre leur sous-estimation et leur discontinuité liée aux ruptures dans les données, se pose le problème de la véracité des informations et des statistiques dont la rigueur et la fiabilité peuvent être fonction des préoccupations de leurs auteurs.

L'insuffisance des outils et du mode de gestion des données statistiques sanitaires et démographiques (primauté des produits statistiques au détriment des processus de production) génère un savoir tronqué (Gervais1997 : 962). Aussi tout chercheur éprouve-t-il " des difficultés à utiliser les statistiques de natalité et de mortalité infantile en raison de leur manque d'uniformité (...) car établies sur les modèles les plus divers variant non seulement d'une colonie à une autre, mais presque avec chaque médecin " ²

Avec la création d'une section coloniale du Comité National de L'Enfance le 8 Avril 1937, une nouvelle impulsion fut donnée à la protection maternelle et infantile en A.O.F. ainsi qu'à une plus grande rigueur dans la gestion des statistiques de natalité, de morbidité et de mortalité infantiles.

Toutefois, le personnel médical (sages-femmes, auxiliaires, matrones, infirmières-visiteuses, médecins) chargé de l'exécution des enquêtes et de la collecte des données n'était pas préparé à cette tâche. C'est la raison pour laquelle les statistiques élaborées et formées par les services de santé, particulièrement l'Assistance Médicale Indigène (A.M.I) chargée de la protection maternelle et infantile doivent être manipulées avec beaucoup de précautions. Ce n'est qu'après le second conflit mondial que se constituent avec l'Assistance Médicale Africaine (A.M.A) et les services sanitaires des données statistiques assez homogènes consignées dans les rapports de ces deux structures.

² ANS 1H102 (163) : Circulaire No 14-2/8 du 8 avril 1937, gouverneur général.

Par ailleurs, à travers les travaux de recherche entrepris par l'ORANA, la Mission Anthropologique et par des médecins et chercheurs (J.L. Bergounioux, Léon Palès, L. Aubry) dans le cadre de méthodes d'enquêtes directes centrées sur les monographies, les méthodes pondérales et les questionnaires, on peut glaner d'utiles renseignements et d'intéressantes données relatives à la morbidité et à la mortalité infantiles ainsi qu'aux épidémies de variole et celles de la prime enfance (coqueluche, rougeole).

L'étude consacrée à l'hygiène et à la santé par la CINAM et l'ORANA entre 1958 et 1960 par une équipe de chercheurs sur la base d'enquêtes de terrain très détaillées constitue une performance et une référence de taille et fournit un luxe de détails relatifs à la santé de l'enfant. Une autre étude effectuée par la MISOES (Mission Socio-économique du Fleuve Sénégal) en 1958 livre des statistiques et des renseignements intéressants ayant trait à la morbidité et à la mortalité infantiles dans la vallée du fleuve Sénégal.

D'autres sources, constituées de périodiques (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 Navale*) peuvent fournir de précieuses informations relatives à la variole et à la rougeole. Toutefois, ces revues, avant 1945, se particularisèrent par, sinon leur indigence, du moins leur évocation sommaire des problèmes de santé infantile. Ainsi, malgré sa gravité permanente, l'infection morbilleuse est rarement évoquée par les services de santé et ces revues plus préoccupées par la santé des adultes, les maladies quaranténaires et les infections prioritaires.

Le choix de la période (1930-1940) semble validé par le fait que l'étude de cette séquence historique se singularise par une nouvelle orientation dans les politiques sanitaires impliquant une prise en compte progressive de la santé infantile. La politique sanitaire de prévention et d'intervention révèle, à partir des années 1930, à travers ses orientations liées à la question de l'enfance, une périodisation mettant en évidence deux ruptures majeures. Au cours de la première période (1930-1945), marquée par la réapparition dans la colonie de l'épidémie de variole après un certain répit, se constitue et s'élabore une politique sanitaire - vite remise en cause par la guerre- orientée vers la médecine de masse et la prise en compte progressive de la santé infantile dans les priorités médicales. Au lendemain du second conflit mondial et jusqu'à l'indépendance, les priorités sanitaires se recentrent sur la santé de l'enfant (vaccinations de masse, lutte contre la rougeole, la malnutrition) sous la pression d'une opinion internationale de plus en plus sensible au sort des populations des colonies (mortalité et morbidité infantiles élevées, ravages de la malnutrition) et remettant systématiquement en cause la politique coloniale en matière de santé infantile.

II. La variole

Avant l'introduction des campagnes antivarioliques au début du XXe siècle, la variole représentait une affection létale au Sénégal. Des études consacrées aux endémies et aux épidémies du passé en Sénégal mentionnent des flambées épidémiques de variole au XVIIIe siècle, précisément en 1712-1725 (Becker, Mboj 1994 : 47). Plusieurs crises sanitaires, notamment des épidémies de variole jalonnèrent le XIXe siècle : 1818, 1835-6, 1839-40, 1842, 1846, 1848, 1858-9, 1868-9, 1880, 1883, 1886-9, 1893, 1895 (Becker 1993 : 75-76). Après une certaine accalmie observée au début du XXe siècle suite aux campagnes antivarioliques (Gallay 1904 ; 1905 ; 1908), l'épidémie réapparut dans la colonie du Sénégal en 1928 et en 1939.

L'existence de foyers de réserve, la forte mobilité des populations, les limites de l'action médicale expliquent, entre autres facteurs, la récurrence de la variole qui, le plus souvent sévissait à l'état endémique.

La variole, à l'image de la peste, du choléra et de la fièvre jaune, figuraient au rang des maladies quaranténaires affectant et décimant parfois même les expatriés européens tout autant, sinon plus que les populations autochtones.

Assez tôt, dès le XIXe siècle, un ensemble de mesures (prévention, hygiène publique, police sanitaire) furent prises contre ces redoutables épidémies aux fins d'assurer la protection et la survie de l'élément européen.

La variole, bien que n'étant pas une maladie spécifique de l'enfant, n'épargnait pas pour autant la population infantile et se révélait déterminante dans la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles. De retour d'une tournée dans la colonie du Sénégal en 1903, le docteur Gallay constatait, amer, les ravages de la variole sur la population infantile (Gallay 1904 : 4).

Faute de renseignements et de statistiques précis et suffisants, la létalité réelle de la variole reste assez lacunaire même si les ravages de l'affection sont incontestés.

En fait, " Les documents sont muets ou peu précis sur le chiffre des déchets dans la population, mais s'accordent sur leur importance. Ils doivent être singulièrement majorés, si l'on considère que les descendances surtout sont atteintes par l'extinction des enfants...La variole doit donc être considérée comme l'un des principaux facteurs qui compromettent la reproduction de nos possessions africaines. " (Gallay , 1904 : 4).

Dans la colonie, elle fit de nombreux ravages, difficilement chiffrables. La variole est mentionnée officiellement au Sénégal en 1818 pour la première fois.

Au début du XXe siècle, le foyer de la variole se déplaça des grands centres urbains (Dakar, Gorée, Saint-Louis, Rufisque) et des escales du chemin de fer pour prendre un caractère épidémique dans l'arrière-pays (Gallay, 1909 : 1). A la même époque, l'Assistance Médicale Indigène s'était chargée de répandre la vaccine, en l'occurrence la prophylaxie de la variole. Dès le 1^{er} novembre 1905, débutèrent les premières campagnes de vaccinations massives contre la variole (Gallay, 1904 : 7-12). Le vaccin, dont l'efficacité restait douteuse, était régulièrement fourni par l'institut vaccinogène de Saint-Louis qui produisait la quantité de lymphes active nécessaire et assurait la livraison aux autres colonies de la fédération (Gallay, 1909 : 6)

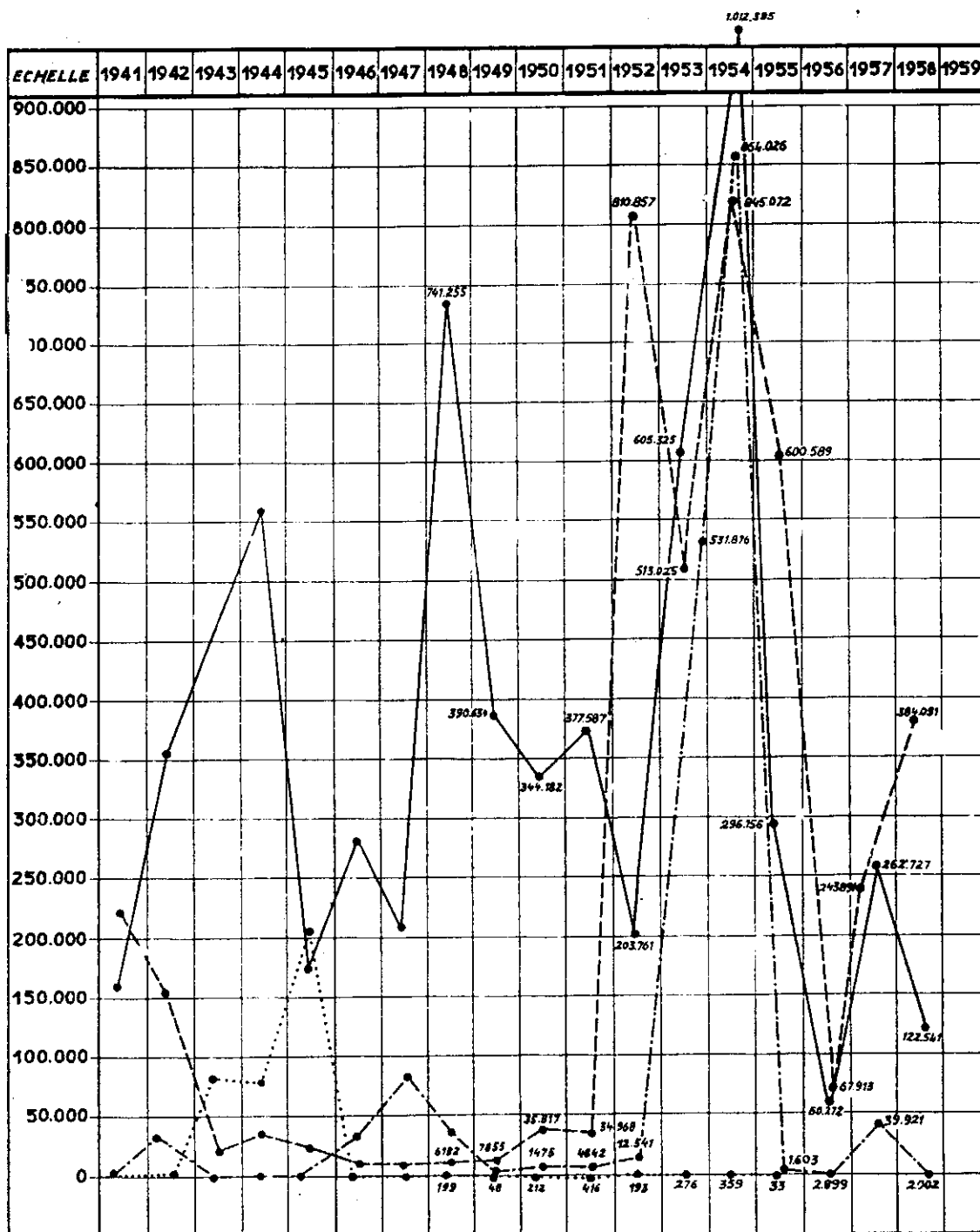
Le nombre de vaccinations au Sénégal passa de 4196 en 1905 à 40633 en 1908, 53795 en 1909, 180242 en 1913 et à 378.627 l'année suivante. En une année, la production de vaccins fut doublée : 271590 en 1908 et 600.000 l'année suivante.

Dès les années 1940, un plan de vaccinations quadriennal fut exécuté dans la colonie du Sénégal. En 1953, la vaccination étant encore rendue obligatoire dans la colonie, une bonne partie de la population infantile fut vaccinée. Pourtant, à la veille de l'indépendance, le problème resta entier, le maintien d'une couverture vaccinale suffisante en quantité et en qualité se trouvant compromis par l'insuffisance de moyens matériels et humains à laquelle s'ajoutait l'épineux problème d'information. Dans les faits, les campagnes de vaccination connurent des limites réelles liées aux problèmes inhérents aux conditions physiques et climatiques, en l'occurrence la conservation des vaccins du fait de la chaleur. En outre, les campagnes d'immunisation se butèrent non seulement à la dispersion de l'habitat dans certaines zones (Ferlo, Fleuve, Sénégal Oriental), mais surtout à la méfiance des populations. La vaccination, mal perçue par les populations, étaient assimilées à des opérations de recrutement militaire et de levée de main d'œuvre. Les scarifications, interprétées comme des marquages étaient frottées pour faire disparaître les cicatrices, occasionnant l'hostilité des populations durant les premières campagnes d'immunisation qui, d'ailleurs se soldèrent par des échecs. Surtout qu'elles furent suivies de réactions vaccinales (fièvre, éruption). A Pire, le marabout s'opposa à toute mission de vaccination et la situation demeurait identique dans les municipalités : Dakar, Gorée, Saint-Louis (Dr. Gallay, 1909 : 3-4)

Source : Ministère de la Santé
Cinam-Orana

VACCINATIONS

AU SENEGAL DEPUIS 1941



- LEGENDE -

— Anti-Variolique

- - - Anti-Variolo- Amarile

●—● Anti-Amarile

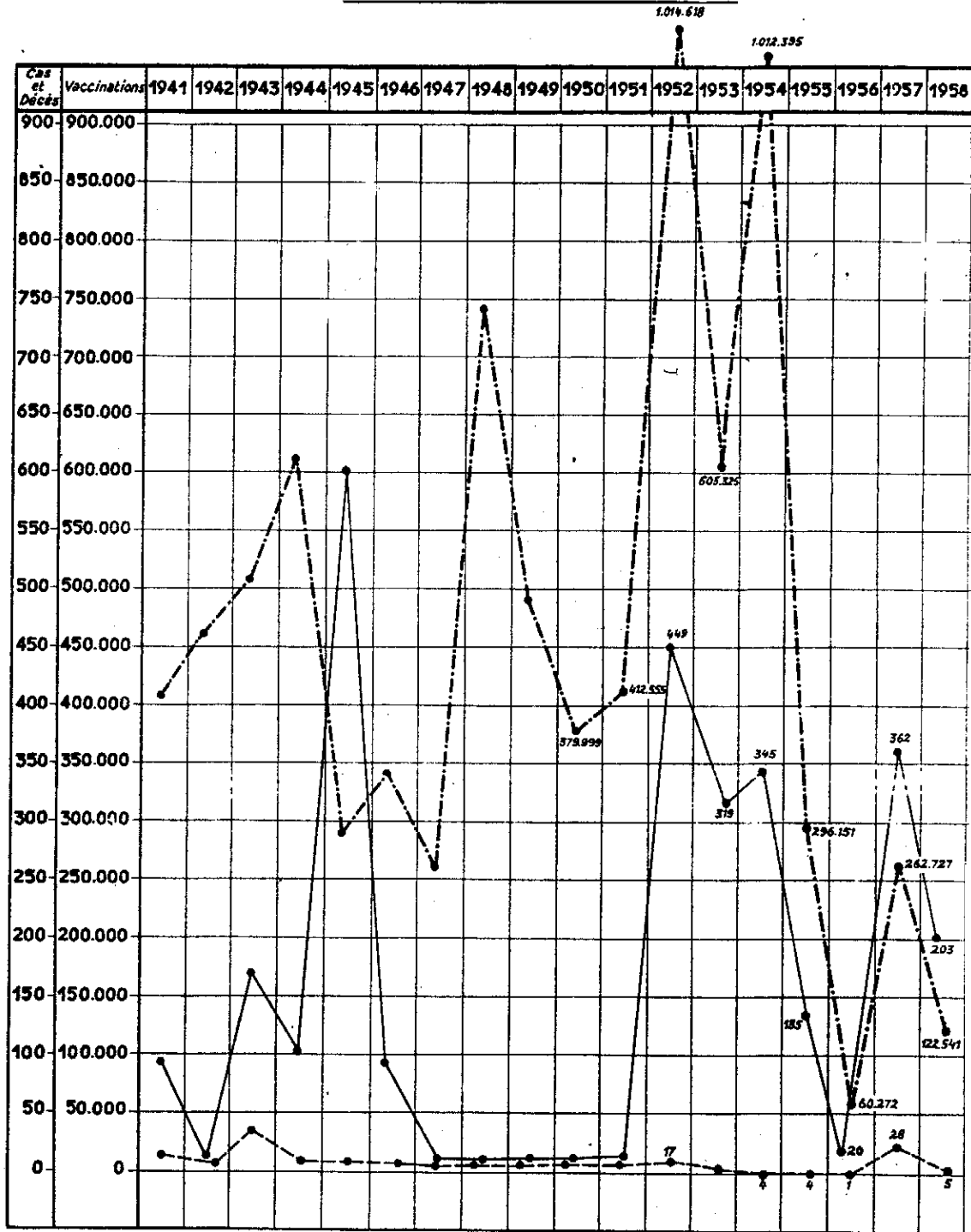
●.....● Anti-Pesteuse

En dépit des campagnes de vaccination, la variole continuait, avec un tempo relativement court à affecter sensiblement la population infantile. Comment pourrait-il en aller autrement compte tenu de l'insuffisance des connaissances d'hygiène et de prévention défendant mal contre la contagion ?

Dès la fin du second conflit mondial, l'épidémie visita de nouveau plusieurs parties du pays. Les conditions d'hygiène, le manque de moyens occasionné par le conflit, la détérioration de la situation alimentaire, le ralentissement voire le recul de la protection sanitaire occasionné par l'effort de guerre expliquèrent la virulence et la fréquence de l'épidémie bien au-delà du second conflit mondial. S'y ajoutait le développement des moyens de transport (rails, routes), facteurs d'une forte mobilité (en 1939, l'AOF disposait de 12163 km de routes et de 3620 km de voie ferrée parcourues par 13 millions de voyageurs au km) favorisant les migrations ainsi que la circulation des virus et des épidémies.

LA VARIOLE

AU SENEGAL DEPUIS 1941



— LEGENDE —

Cas
 Décès
 Vaccinations

Source : Ministère de la santé
Cinam-Orana

La courbe montre des oscillations, en rapport avec la récurrence de l'épidémie. La courbe, en dents de scie de 1941 à 1943, prend une allure ascendante avant d'atteindre une pointe en 1945 où 600 cas furent enregistrés. La situation fut d'autant plus alarmante que l'épidémie réapparut au même moment que la peste et la fièvre jaune

Les campagnes de vaccination apportèrent un répit de 1946 à 1951 sans pour autant endiguer pour longtemps l'épidémie qui réapparut et se signala par l'éclosion de nombreux cas de 1952 à 1954 : 449 cas en 1952, 319 en 1953 et 345 en 1954. Ce n'est qu'en 1956 qu'une chute sensible fut enregistrée mais rapidement remise en cause par l'épidémie qui se signala l'année suivante avec 362 cas. Les séries de données chiffrées, souvent inexactes, n'avaient pas une valeur réelle ; aussi devraient-elles sensiblement être revues à la hausse du fait de la dissimulation des nombreux cas de variole pour être à l'abri de la quarantaine, de la destruction des cases, de la suspension des activités économiques et de l'interdiction des marchés. Dans les faits, les statistiques sanitaires élaborées par les services médicaux étaient fortement sous estimées du fait de la faible fréquentation des structures sanitaires, de la prise en compte de la seule létalité hospitalière et en l'absence d'enregistrements des décès survenus dans les foyers

Pourtant, face à la médication et à la prophylaxie occidentales (vaccination, quarantaine), existaient des savoirs locaux souvent niés par l'administration coloniale. Ces savoirs, pratiques, coutumes et traditions, constitutives des cultures locales étaient isolés, s'ils n'étaient pas combattus par le pouvoir colonial pour qui, la médecine moderne demeurait la seule référence. Généralement, les thérapies traditionnelles, préventives ou curatives, étaient transmises de génération en génération par les guérisseurs. Quels étaient les moyens de protection, autrement dit les moyens de préservation individuels et collectifs devant la maladie ?

En gros, deux pratiques étaient mises en usage par les populations pour juguler la variole, ou pour éviter son retour : la variolisation et l'isolement. Des sources européennes de même que des traditions orales mettent en évidence l'existence de savoirs populaires et de recours thérapeutiques traditionnels tels que l'inoculation antivariolique dans plusieurs sociétés sénégalaises bien avant la présence européenne (Fasquelle R, Fasquelle A 1971 : 734-756 ; Gallay 1909 : 8). La diffusion de la variolisation fut largement favorisée par les échanges et trafics commerciaux à travers les voies empruntées par les caravanes chamelières et les colporteurs Dioulas (Gallay 1909 : 8-10).

L'inoculation antivariolique concernait à priori les enfants même si elle pouvait s'appliquer à toutes les personnes non encore affectées.

La variolisation consistait en une contamination volontaire en "achetant" la maladie dans des conditions atténuées et plus favorables. L'inoculum était constitué par du virus atténué. Le mode d'inoculation variait, comme du reste la matière inoculée (poudre, desquamations, exsudat ou mixture devenue inerte). Il en résultait une variole minime, caractérisée par une courte incubation d'une semaine. L'efficacité de cette méthode qui pouvait atteindre l'inocuité s'avérait incontestable même si elle ne jugulait pas toujours la contagion, l'épidémie pouvant réapparaître dans l'entourage du sujet déjà variolisé. Le traitement et l'opération étaient prescrits et exécutés par des guérisseurs, marabouts, féticheurs ou de vieilles femmes.

Pourtant, cette pratique thérapeutique locale considérée comme une "variolisation sauvage" était marginalisée par les autorités coloniales si elle n'était systématiquement combattue. En déniait la validité des savoirs thérapeutiques locaux comme l'inoculation antivariolique, les autorités sanitaires coloniales ont mis en avant des réponses biomédicales parfois efficaces (vaccinations, quarantaine, isolement) mais souvent contraignantes, voire coercitives qui contribuèrent à alimenter les pratiques clandestines et la réaction négative des populations africaines face à la médication occidentale

Toute l'époque coloniale durant, la variole demeura un problème majeur de santé publique au Sénégal. Au lendemain des indépendances, sous l'impulsion des organismes des Nations Unies et dans le cadre des programmes de coopération avec l'OMS et l'UNICEF, les campagnes de vaccination massives contre la variole réussirent à arrêter le cours de l'épidémie qui fut même éradiquée à l'orée des années 1970.

II. La rougeole, une redoutable infection épidémique de l'enfance

La rougeole figure au rang des terribles maladies contagieuses exerçant d'importants ravages dans la population infantile. Et pourtant, l'analyse des pratiques de l'action médicale coloniale et des politiques sanitaires montrent une négligence, voire une ignorance de certains problèmes de santé majeurs comme la coqueluche et la rougeole

Dans les faits, la prise en compte des épidémies de la prime enfance à l'image de la rougeole dans les politiques sanitaires -de prévention et d'intervention- se révéla tardive. L'épidémie morbilleuse était rarement mentionnée dans les rapports sanitaires des professionnels de la santé exerçant au niveau du territoire.

Il faudra attendre la fin de la Deuxième Guerre Mondiale, sous la pression de l'opinion internationale et face aux impératifs de mise en valeur coloniale pour voir des problèmes de santé publique majeurs (rougeole, coqueluche, malnutrition) occuper une place centrale dans les pratiques de la médecine et les politiques sanitaires coloniales

Avant la découverte de la vaccination antimorbilleuse, la rougeole demeurait une des affections les plus létales au Sénégal. Les rapports épidémiologiques établis en 1956 indiquaient une forte létalité (30%) dans le cercle de Tamba : 32,5% à Koupentoum et 37,3% à Maka en avril, 28% à Tamba le mois suivant¹.

Que la rougeole, fléau redoutable soit située au cœur des angoisses populaires, la sagesse des proverbes le prouverait à elle seule : “ Ton enfant ne t'appartient pas s'il n'a pas encore contracté la rougeole ”, “ La survie de ton enfant n'est pas assurée tant qu'il n'a pas encore fait sa rougeole et sa coqueluche ”.

Et pourtant, la prise de conscience et la prise en compte de l'épidémie morbilleuse fut tardive compte tenu de sa prévalence principalement en milieu africain où elle constituait une des causes majeures de morbidité et de mortalité infantiles. La virulence du virus morbilleux était certainement liée aux interactions entre l'infection et l'état nutritionnel, la plupart des enfants mourant de cachexie. En fait, la malnutrition imprime souvent aux maladies un caractère dramatique. Ainsi, la gravité des maladies infantiles comme la rougeole s'expliquait non seulement par la densification humaine (surpeuplement, proximité et entassement des enfants favorisant la contagion) et des conditions d'hygiène souvent déplorable, mais aussi et surtout par la malnutrition qui facilitait leur évolution sur des terrains fragiles et précaires. Somme toute, il est établi que la rougeole agit négativement sur l'état nutritionnel et aggrave la malnutrition, notamment l'avitaminose A en rapport au régime alimentaire des enfants souvent médiocre en période de difficultés matérielles.

L'épidémie, fréquente dans la colonie, alimentait la morbidité et la mortalité infantiles. Les renseignements épidémiologiques rares avant les années 1940, indiquaient plusieurs épisodes infectieux de rougeole dans la colonie la décennie suivante.

Tableau 1 : Relevé général des cas de rougeole au Sénégal

Année	Cas	Décès
1952	1622	7
1953	1256	0
1954	3796	1
1955	2211	37
1956 (1 ^{er} trimestre)	4924	206

Source : ANS 1H89 (163)

Ces données, élaborées par les services sanitaires, étalent toutes les limites des statistiques sanitaires coloniales. Quel crédit accorder aux données statistiques enregistrées par les services sanitaires ? Comment expliquer l'absence de décès sur les 1256 cas enregistrés en 1953 ? L'année suivante, une

³ 1H89 (163)

seule victime fut mentionnée sur les 3796 cas. La forte sous-estimation de la létalité morbilleuse découlait de plusieurs facteurs : décès non comptabilisés, ignorance de l'issue fatale de la maladie, absence d'hospitalisations, prise en compte de la seule létalité hospitalière.

La forte prégnance de l'infection morbilleuse dans les rapports des services de santé résultait de la pression d'une opinion publique internationale et d'une insistance des autorités sanitaires métropolitaines. L'ignorance de la rougeole dans les rapports sanitaires antérieurs à 1950 ne signifiait, loin s'en faut, un recul ou un répit de l'épidémie. En fait, la gravité de l'infection morbilleuse fut permanente et la rougeole a toujours posé un problème de santé publique majeur même si elle fut occultée ou oubliée jusqu'aux années 1950 par les services de santé opérant dans la colonie.

En dépit d'une certaine accalmie enregistrée depuis 1952, l'épidémie réapparut à partir de 1954 pour prendre une tournure meurtrière en 1956. Surtout qu'elle fut facilitée par la malnutrition, relais indiqué des épidémies qui s'aggravent en période de difficultés matérielles et alimentaires. Chef de l'équipe mobile de lutte contre l'épidémie du cercle de Tamba en 1956, le médecin-lieutenant Calvez fut frappé par le mauvais état général de la grande masse des enfants affectés de "malnutrition et sous-nutrition évidentes avec leurs stigmates au niveau des phanèdres, la fréquence du paludisme, le polyparasitisme"⁴.

A partir de 1954, et ce jusqu'en 1960, des épidémies de rougeole meurtrières ravagèrent l'AOF. Les rapports épidémiologiques mentionnèrent sur toute la colonie du Sénégal, des épidémies de rougeole particulièrement sévères du fait d'un certain répit observé depuis peu. De sorte que l'essentiel des enfants s'exposèrent à l'épidémie sans aucune immunité⁵. Les renseignements épidémiologiques montrent que la variole comme le rougeole se mettent en réserve, sommeillent, puis explosent avant de se diffuser au galop.

La distribution géographique de l'épidémie indiquaient l'Est, le Nord et le Saloum Oriental comme les redoutables zones de la colonie.

Partie de son foyer primitif, le Saloum Oriental, zone constamment en proie à la rougeole, l'épidémie, avec une flambée inquiétante, se propagea pour atteindre l'ensemble du territoire. De son épice, elle gagna Tamba dès Février 1956 avant de se manifester dans le Sud-Est (Kédougou) et en Casamance. Ensuite l'épidémie, au rythme d'une vitesse de propagation rapide atteignait le Walo (Dagana, Richard Toll, la zone du Lac de Guiers, Rosso, la Vallée du Fleuve).

Au cours du premier semestre de 1956, l'ensemble du pays était touché, avec une forte létalité, des décès étant enregistrés "un peu partout"⁶ Le bassin arachidier (centre) comme l'indique le tableau fut un foyer indiqué de l'infection morbilleuse.

⁴ ANS 1H89 (163) : Maladies diverses (béribéri, grippe, rougeole). Renseignements épidémiologiques.

⁵ ANS 1H89 (163)

⁶ ANS 1H89 (163)

Tableau 2 : Relevé des cas de rougeole par mois et par cercle au 1^{er} semestre de 1956

Source : ARS 1H89(163), Maladies diverses

C= Cas relevés ; D= Décès enregistrés ; NP= Non Parvenu

Cercles	J		F		M		A		M		J		Totaux	
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
Bas-Sénégal	35	5	-	-	22	2	10	-	8	-	127	9	202	16
Dakar	4	-	8	-	10	-	-	-	3	-	2	-	27	-
Linguère	27	4	5	-	3	-	10	-	36	3	13	2	94	9
Louga	26	-	22	-	88	-	39	-	30	-	11	-	216	-
Podor	13	-	6	-	31	-	29	-	43	-	37	-	159	-
Thiès	83	2	86	-	58	7	89	3	93	7	NP	-	409	19
Diourbel	32	-	32	-	37	1	83	-	24	-	66	-	274	1
Saint-Louis	1	-	3	-	-	-	-	-	86	-	172	-	262	-
Kaolack	71	-	340	-	346	-	227	-	153	-	NP	-	137	-
Kédougou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120	18	120	18
Matam	62	-	8	-	5	-	10	-	3	-	-	-	88	-
Bakel	-	-	-	-	6	-	16	-	46	-	29	-	97	-
Rufisque	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	39	-	54	-
Tamba	-	-	16	-	39	2	171	47	560	87	51	4	837	140
Ziguinchor	-	-	72	-	487	2	203	-	186	1	NP	-	948	3
TOTAUX	354	11	598	-	1 147	14	887	50	1 391	98	547	33	4 924	206

Ce relevé, dressé par les autorités sanitaires coloniales, est livré sous toutes ses réserves, ne prenant pas en compte les nombreux cas dissimulés et la létalité réelle de l'infection morbilleuse.

L'incertitude sur le nombre de cas signalés et de décès déclarés engendrait une forte sous-estimation de l'ordre de 1 cas sur 15 en 1939 et de 1 pour 50 en 1940 (Jeannès 1996 : 53).

Pourtant, même inexacts, ces chiffres donnaient une idée de l'ampleur de la propagation de l'épidémie et de sa distribution géographique.

Comment expliquer la forte prévalence de l'infection morbilleuse dans le bassin arachidier central ? La "tyrannie" de la monoculture arachidière, le recul des cultures vivrières, les effets néfastes de la soudure exposèrent les enfants du bassin arachidier, zone assez pauvre, à une certaine fragilité biologique et mettaient en évidence l'importance du facteur alimentaire dans la létalité morbilleuse.

D'ailleurs comment aurait-il pu en être autrement au regard des enfants fragilisés par les carences nutritionnelles, les avitaminoses, les cachexies, le manque d'hygiène et, qui plus est, exposés aux maladies infectieuses ?

En l'absence d'un vaccin antimorbilleux, les mesures spéciales prises par les autorités coloniales – fermeture des écoles, interdiction aux enfants de fréquenter des rassemblements tels que les marchés, déploiement d'équipes mobiles et surtout l'isolement des malades à domicile – apportèrent plus de problèmes qu'elles n'en résolurent. En fait elles butèrent plutôt aux réalités socioculturelles.

En vérité ces mesures relevaient plus du discours normatif que de la réalité africaine. Comment faire comprendre et faire accepter à la population africaine la suspension des transactions commerciales, l'interdiction de marchés ou l'isolement des enfants dans une société où l'individu, qui n'existe pas en tant que tel, appartient plutôt au groupe ?

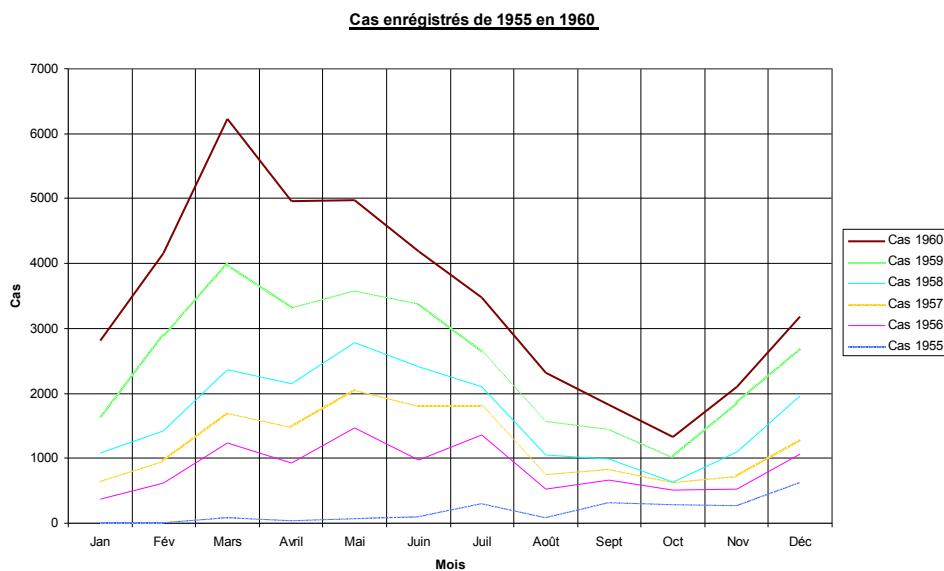
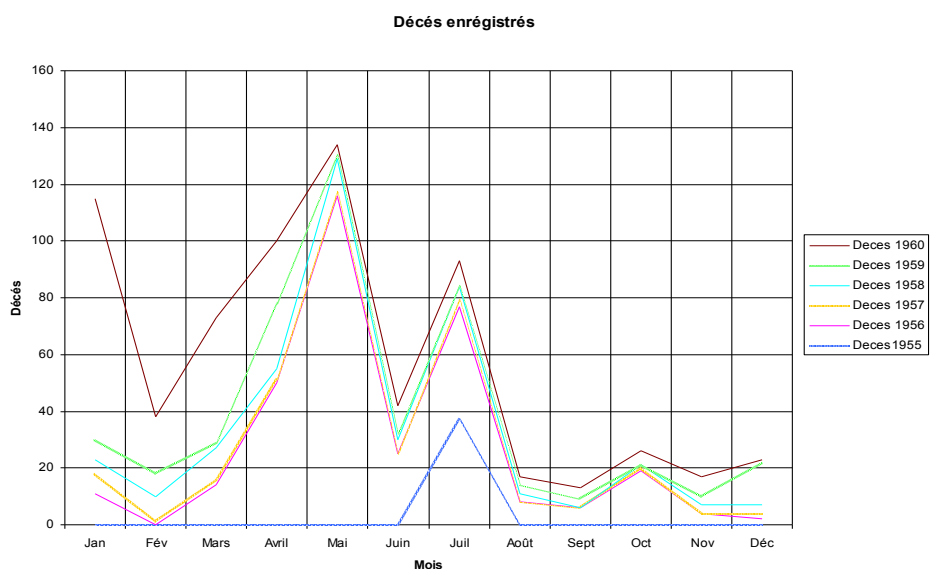
Ce qui certainement, expliquait les dissimulations des malades aussi bien en milieu rural qu'urbain. Deux facteurs conjuguèrent leurs effets pour rendre l'épidémie particulièrement meurtrière.

Tableau 3 : Répartition saisonnière de la rougeole et des décès au Sénégal (1955-1960)

Ans	Cas Décès	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total	Taux létalité
1955	C D	12 23	23 92	92 41	41 81	81 105	105 303	303 37	92 320	320 300	300 276	276 636	636 2271	2271 37	1,6%
1956	C D	354 11	598 0	1147 14	887 50	1391 116	876 25	1054 40	432 8	337 6	214 19	242 4	426 2	7998 289	3,60%
1957	C D	280 7	335 1	463 2	551 1	588 1	826 0	451 2	231 0	184 0	121 1	202 0	217 2	4449 17	0,4%
1958	C D	434 5	462 9	688 11	669 4	716 12	599 5	299 5	290 3	152 0	1 1	372 3	684 3	5544 61	1,10%
1959	C D	557 7	1479 8	1618 2	1181 23	807 1	981 2	534 0	530 3	458 3	378 0	762 3	731 15	10036 67	0,60%
1960	C D	1176 85	1255 20	2236 44	1632 22	1396 4	804 10	840 9	741 3	377 4	314 5	253 7	493 1	11527 214	1,80%

C= Cas ; D= Décès

Source : Annuaires Epidémiologiques de l'OMS



D'une part les conditions climatiques du fait de sa propagation à la fin de la saison sèche où les températures très élevées en Mai et Juin avec des pointes de 42° à l'ombre, furent source de toxicose chez de nombreux enfants, accentuant la diarrhée profuse et la déshydratation⁷.

Les relevés épidémiologiques faisant état de la répartition saisonnière de la rougeole et de la mortalité morbilleuse dans la colonie signalent des pics en période de chaleur d'avril à octobre.

Les taux de létalité les plus importants furent enregistrés durant la même période avec des pointes en mai (2,4), juillet (2,3) et octobre (2,2).

D'autre part, la période de déclenchement de l'épidémie coïncidant avec le mois de ramadan caractérisé par des restrictions alimentaires, eut des effets fâcheux sur l'état nutritionnel des jeunes enfants. En fait, les enfants même à l'abri du jeûne, subirent d'importantes perturbations alimentaires. En l'absence de plats cuisinés pour eux, les enfants consommèrent les aliments à leur portée constitués de reliefs de la veille alors que le repas du soir était pris souvent tardivement au moment où ils avaient sommeil.

La maîtrise de l'épidémie fut d'autant plus aléatoire qu'en l'absence de vaccin, les sulfamides utilisés à titre préventif ainsi que les ampoules et stocks de gamma-globuline servant de traitement et dont l'efficacité restait douteuse, s'épuisèrent rapidement, étalant ainsi les limites de la thérapie occidentale devant les flambées meurtrières de l'épidémie.

Pourtant, la diversité des thérapies traditionnelles (Jeannès 2001 : 172-187) atteste que la rougeole demeure une maladie fortement liée aux coutumes.

Les traitements et médications, prescrits et exécutés par les vieilles dames ou les mères, étaient préparés à base d'herbes, de plantes, de chair ou peau animale et administrés sous forme de décoction. Alors que le suc de baobab était prescrit sous forme de tisane ou de crème souvent à base de miel comme antidiarrhéique et collyre, les décoctions de peau de margouillat étaient confectionnées sous forme de soupe consommée par les malades. Ailleurs, étaient administrés des bouillons à base d'excréments de poulets auxquels pouvaient s'associer des lavements par voie anale, des potions laxatives.

Les mesures préventives consistaient à anticiper la maladie en accélérant l'éruption afin d'améliorer les autres symptômes (toux, fièvre). En période de froid, lorsque la maladie était moins redoutable, l'enfant sain était contaminé volontairement par la mise en contact avec un rougeoleux. Pourtant, l'efficacité de ces savoirs traditionnels était, dans certaines circonstances, incontestable.

Ces savoirs, savoir-faire traditionnels, pratiques et coutumes, relevant de systèmes autonomes de production, d'accumulation, de gestion et d'exploitation des connaissances destinés à répondre aux sollicitations des populations étaient souvent marginalisés, à défaut d'être combattus par le pouvoir colonial. La médication occidentale, ignorant l'approche traditionnelle de la maladie, considérait l'attitude des populations locales comme fataliste alors qu'il s'agissait pour elles d'une maladie inévitable, d'une première initiation, voire d'une étape normale dans l'évolution de l'enfant. Aussi, fallait-il laisser évoluer normalement la maladie, d'autant plus qu'elle était inéluctable.

Les syndromes de l'épidémie, notamment celui méningo-encéphalique, caractérisé par des troubles psychiques et des crises, renvoie, dans le registre de l'imaginaire collectif, au monde des mauvais esprits.

La santé, dans le monde négro-africain étant le reflet et l'actualisation pratique d'un équilibre entre les forces maléfiques incarnées par les ténèbres, les mauvais esprits et les puissances protectrices reflétées par les génies et la lumière, la maladie résulte d'une rupture de l'équilibre du fait des mauvais esprits qui se nourrissent du principe vital. Dès lors, le rétablissement de l'équilibre, en l'occurrence la santé doit s'opérer par une socialisation du malade grâce à l'intervention du guérisseur au niveau magico-religieux.

Dans ce contexte, on comprend aisément le recours des populations aux guérisseurs traditionnels dès que les épidémies se déclenchaient. Surtout que l'hostilité des pouvoirs coloniaux à l'égard de ces savoirs traditionnels ouvrit la voie aux pratiques clandestines et aux réticences des populations africaines face aux interventions sanitaires coercitives des autorités coloniales. Parvenu, tardivement d'ailleurs en décembre 1955, dans les îles du Saloum, le médecin chef de la subdivision de Fatick fut frappé de la mort de 35 enfants décimés par l'épidémie de rougeole " après avoir été soumis, sur les conseils du sorcier du coin, à des immersions répétées plusieurs fois par jour dans la mer ”⁸.

⁷ ANS 1H89 (163)

⁸ ANS 1H89 (163), Direction générale de la santé publique, confidentiel, juillet 1956

Jusqu'à l'indépendance, la colonie du Sénégal fut soumise à des épidémies meurtrières de rougeole qui, avec un tempo assez court, affectaient la population infantile. Témoin, une enquête réalisée dans la Vallée du Fleuve Sénégal en 1957-58 révélait une forte létalité avec 63 % des décès causés par la rougeole dans le groupe des enfants âgés de 1 à 4ans (MISOES). Les renseignements épidémiologiques fournis par l'OMS, malgré une sous estimation importante, indiquaient une nette progression de l'épidémie en 1960 et 1961 avec respectivement 11527 et 15607 cas notifiés.

Conclusion

Bien avant la vulgarisation des puissants moyens de lutte contre les pathologies, les enfants ont payé un lourd tribut aux redoutables endémies et épidémies qui, avec un tempo relativement court, frappaient à coups redoublés les sociétés ouest africaines.

Au Sénégal, les maladies infectieuses de la prime enfance (rougeole, coqueluche) et la variole ont exercé d'importants ravages au sein de la population infantile et, du coup, posèrent un véritable problème de santé publique.

Pourtant, l'analyse des politiques sanitaires coloniales mettent en évidence, sinon une ignorance, du moins une négligence de certaines pathologies aux effets ravageurs à l'image de la rougeole Dans les faits, la prise de conscience et la prise en compte de certaines redoutables maladies de l'enfant comme la rougeole et la coqueluche dans les politiques sanitaires de prévention et d'intervention se révélèrent tardives Il faudra attendre la fin du second conflit mondial, sous la pression de l'opinion internationale de plus en plus sensible au sort des populations des colonies et face aux impératifs de mise en valeur coloniale pour voir des problèmes de santé majeurs comme la rougeole, la coqueluche et la malnutrition figurer au rang des priorités des politiques sanitaires et des pratiques de la médecine coloniale. En effet, la remise en cause du projet colonial par une forte mortalité infantile essentiellement induite par les infections épidémiques de la première enfance commandait la prise à bras le corps de la santé des populations indigènes, beaucoup moins d'ailleurs par philanthropie que par nécessité. Il s'agissait dans l'optique du pouvoir colonial, " de développer les races indigènes en quantité et en qualité " aux fins de rentabiliser le capital humain et, ce faisant, faire fructifier le capital argent.

Pourtant, l'action médicale, bien que dictée par l'impératif de mise en valeur coloniale, a participé, grâce à l'intensification de la protection maternelle et infantile ainsi qu'aux interventions sanitaires par l'immunisation de masse, à la réduction des maladies infectieuses de la prime enfance qui s'est soldée par une baisse de la mortalité infantile.

Cependant, faute de politique sanitaire cohérente, les adaptations successives à des contextes défavorables et les solutions de fortune devant les flambées épidémiques furent mises en avant sans pour autant renverser sensiblement les fortes tendances révélatrices du péril sanitaire infantile.

En outre, la forte polarisation des infrastructures sanitaires à l'Ouest de la colonie et en milieu urbain implique une baisse graduelle des niveaux de santé de la capitale à la périphérie où les enfants, exposés aux carences diverses, constituent la cible privilégiée des épidémies (variole, rougeole, coqueluche).

Jusqu'à l'indépendance, la rougeole et la variole affligeaient la colonie du Sénégal et demeuraient des problèmes majeurs de santé publique et constituaient des affections fréquentes, redoutables et létales au sein de la population infantile.

Sources de documentation

1. Sources d'archives

- 1H25 (26) : Action sociale ; Protection maternelle et infantile ; Instruction sur la lutte contre la mortalité infantile mise à jour au 1/6/1940, Gorée, Imprimerie du Gouvernement Général 1934-1944.
- 1H31 (163) : Plan décennal des services sanitaires des Territoires, 1948-1956 ; programmes 1953, 1954, 1955.
- 1H56 (163) : Conférence inter-africaine sur la nutrition, Fajara (Gambie) 19 nov.-2 décembre 1952, Loanda (Angola) 6 au 14 octobre 1956, Dschang (Cameroun) 3-9 octobre 1949
- 1H89 (163) : Maladies diverses (béribéri, grippe, kwashiorkor, rougeole), renseignements épidémiologiques.
- 1H93 (163) : ORANA. Etudes, rapport annuel, 1953 (partie statistique), 1954
- 1H102 (163) : Protection Maternelle et Infantile. Organisation (I)
- 1H103 (163) : Protection Maternelle et Infantile . Organisation (II)

2. Sources bibliographiques

- Aubry L., 1949, "Alimentation, nutrition et santé dans la première enfance (0-7 ans) à Saint-Louis (Sénégal) en 1947". Communication à la conférence inter-africaine pour l'alimentation et la nutrition de Dschang (Cameroun) du 3 au 9 octobre 1949
- Bouteiller S., 1966, Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui. Paris, Larose
- Cantrelle P., 1969, "Connaissance de la rougeole par les populations africaines", *Médecin d'Afrique noire ?* No spécial.
- Cantrelle P., 1968, "Mortalité par rougeole au Sénégal", Dakar, Orstom.
- Cantrelle P., 1969, "Mortalité de l'enfant dans la région de Khombole-Thiénaba (Sénégal) 1964-1968, Dakar, Orstom.
- Cantrelle P., Rey M., 1967, Campagne de vaccination contre la rougeole en milieu urbain. Association avec la vaccination antivariolique. Pikine, Rapport préliminaire, Dakar.
- Cantrelle P., 1997, "Tempo d'une épidémie sur quarante ans en Afrique Occidentale : la rougeole", in Ch. BECKER, S. MBAYE, I. THIOUB (s.dir.), *AOF, réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*. D.A.S. Dakar, pp1240-1241
- Bado J-P., 1997, "La santé et la politique en AOF à l'heure des indépendances (1939-1960)", in *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Direction des Archives du Sénégal, Dakar, pp1228-1239.
- Becker C., 1993, L'apparition du SIDA et la gestion des épidémies du passé au Sénégal. Communication à l'atelier *Les Sciences Sociales face au Sida en Afrique. Cas africains autour de l'exemple ivoirien, Bingerville, 15-17 mars 1993*, IRD, Dakar.
- Becker C., Mbodj M., 1994, "Perspectives historiques", in S. Ndiaye, Y. Charbit (s.dir.), *La population du Sénégal*, DPS. CERPAA, Paris, pp 31-58
- Domergue-Cloarec D., 1997, "La prévention dans la politique de l'AOF", in Ch. BECKER, S. MBAYE, I. THIOUB (s.dir.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Direction des Archives du Sénégal, Dakar, pp1228-1239
- Fasquelle R, Fasquelle A, 1971, "A propos de la lutte contre la variole dans les pays d'Afrique". *Bull. Soc. Pathol. Exot. Filiales*, 64 : 734-756

- Gallay H., 1909, Campagnes antivarioliques pendant l'année 1909. Inspection de Services Sanitaires. Gorée, Imprimerie du Gouvernement Général.
- Gallay H., 1909, Trois années d'assistance médicale aux indigènes et de lutte contre la variole 1905, 1906, 1907. Paris, Larose
- Gouvernement Général A.O.F 1904, Rapports et documents concernant l'AOF. Variole et vaccine 1903. Paris, Imprimerie F. Didot.
- Gervais R., 1997, "Etat colonial et savoir démographique en AOF, 1904-1960" in Ch.
- Becker, S. Mbaye, I. Thioub (s. dir), *AOF, réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*. D.A.S, 1997, pp961-980
- Jeannes M.B., 1996, La rougeole en Afrique de l'Ouest francophone, 1930-1970. Thèse de Doctorat en Histoire, Université Paris VII.
- Jeannes M.B., 2001, "Traditions et thérapies comparées d'une maladie universelle : la rougeole, à partir d'une étude réalisée en Afrique de l'Ouest d'expression française" in, de *Histoire et devenir l'Afrique noire au XXe siècle*. Cahiers d'Afrique noire, No 19-20 (s.dir.)
- C. Coquery-Vidrovitch, O. Goerg, C. Tshimanga, Paris, L'Harmattan, pp163-189
- Laurentin A, 1960, Rapport sur les perspectives de développement du Sénégal. Rapport Hygiène Santé Cinam, Orana
- Ndao M., 2001, Contribution à l'étude de trois aspects importants dans la survie de l'enfant : l'alimentation et l'état nutritionnel et la santé infantile au Sénégal (1930-2000), Codesria, Dakar, 203p
- Rey M et Diop I. M., 1967 "La rougeole en Afrique tropicale", G.M. de F
- Satge P., 1965, "Etude d'une épidémie de rougeole en milieu rural du Sénégal", Médecine d'Afrique noire No3, p 86.

