

UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

*Travail*Progrès*Humanité*

**FACULTE DES LETTRES
ET DES SCIENCES HUMAINES**

DEPARTEMENT D'HISTOIRE

LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE DE 1906 A 1960

Mémoire de Maîtrise

Option : Histoire Contemporaine

Présenté et soutenu par : **Dreid Miché KODIA-MANCKESSI**

Sous la direction de : **Scholastique DIANZINGA**, Pr. ès Lettres, Maître de Conférences (CAMES) d'Histoire et Civilisations Africaines, Université Marien Ngouabi de Brazzaville, République du Congo.

Année académique 2010-2011

**LA POLITIQUE SANITAIRE
A BRAZZAVILLE DE 1906 A 1960**

DEDICACE

A:

- Martine Diahomba, *in memoriam*,
- Albert Kodja Manckessi, mon père
- Marie Florence Banza, ma mère
- Glad Dylane Kodja-Manckessi, ma fille.

REMERCIEMENTS

Ce travail est arrivé à terme grâce aux conseils et au suivi de Madame la Professeur Scholastique Dianzinga qui, en dépit de ses nombreuses charges, a accepté de le diriger. Nous avons aussi bénéficié des remarques et encouragements de monsieur Joseph Zidi. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

Nous remercions également tous les professeurs du département d'Histoire de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de l'Université Marien Ngouabi, pour les enseignements qu'ils nous ont donnés tout au long de notre cursus universitaire.

Nous n'oublions pas de témoigner notre gratitude à nos informateurs, M. Roger Batantou, Dr Samuel Nsangoula, Mme Kiyala, Dr Gêrôme Mpati, Dr François Serge Bouka, M. Jean Paul Malonga, Mme Régina Boukaka, M. Albert Jacques Malanda, M. Marcel Marroh Nkounkou, Mme Kata née Moussoungui Alphonsine, M. Grenard Bahamboula. Leurs éclairages sur les différents aspects de ce travail ont été d'un apport considérable.

Monsieur Sari Gildas a accepté de saisir ce travail. Qu'il soit assuré de notre gratitude. Nous remercions aussi toutes les personnes qui, par leur soutien multiforme, de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

ABREVIATIONS

AEF	: Afrique Equatoriale Française
AMI	: Assistance Médicale Indigène
CEG	: Collège d'Enseignement Général
CEPE	: Certificat d'Etude Primaire et Elémentaire
CFCO	: Chemin de Fer Congo Océan
CFHBC	: Compagnie Forestière du Haut et Bas Congo
E.O	: Enquête Oraie
GG	: Gouverneur Général
JOAEF	: Journal Officiel de l'Afrique Equatoriale Française
JOCF	: Journal Officiel du Congo Français
MST	: Maladie Sexuellement Transmissible
ORSTOM	: Organisation des Recherches Scientifiques et Techniques d'Outre-mer
PMEI	: Protection de la Mère et de l'Enfant Indigène
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
SGHMP	: Service Générale d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie
THA	: Trypanosomiase Humaine Africaine

SOMMAIRE

<i>Introduction</i>	8
<i>Première partie : la mise en place de la politique sanitaire à Brazzaville de 1906 aux années 1920</i>	15
<i>Chapitre I : les problèmes de santé au moment de l'implantation et de la consolidation de Brazzaville</i>	17
<i>Chapitre II : la mise en place des premières structures sanitaires à Brazzaville</i>	22
<i>Deuxième partie : évolution de la politique sanitaire à Brazzaville</i>	30
<i>Chapitre III : les facteurs d'évolution de la politique sanitaire à Brazzaville</i>	32
<i>Chapitre IV : les grandes orientations de la politique sanitaire à Brazzaville</i>	42
<i>Troisième partie : bilan de la politique sanitaire à Brazzaville de 1906 à 1960</i>	54
<i>Chapitre V : la politique sanitaire à Brazzaville dans la période de l'entre deux guerres</i>	56
<i>Chapitre VI : l'impact de la politique sanitaire sur les populations de Brazzaville</i>	62
<i>Conclusion</i>	67
<i>Sources et références bibliographiques</i>	71
<i>Annexe</i>	77
<i>Table des illustrations</i>	89
<i>Index</i>	91
<i>Table des matières</i>	94

INTRODUCTION GENERALE

La présente étude porte sur *La politique sanitaire à Brazzaville de 1906 à 1960*. En nous fondant sur la définition que donne le dictionnaire de la langue française, nous entendons par politique sanitaire :

*l'ensemble des actions ou mesures mises en place pour préserver la santé des populations.*¹

Le sujet de notre mémoire s'inscrit dans le champ de l'histoire de la santé et, de manière plus large, de l'histoire sociale. La question de la santé ou de la maladie interpelle l'historien parce qu'elle est au centre de la vie de l'homme. Il est, dès lors, important d'essayer d'apporter un éclairage sur la manière dont ont été gérés les problèmes de santé dans le passé pour aider les décideurs à comprendre la situation actuelle. En effet, l'amélioration de la santé est l'un des défis majeurs que les Etats africains doivent relever. Le continent africain enregistre les taux les plus élevés de mortalité. Le paludisme, le VIH/sida, par exemple, sont respectivement une endémie et une pandémie qui affectent sérieusement la croissance démographique.

Dès la période de la conquête coloniale, les Européens qui venaient au Congo étaient sujets à des maladies. Or, la France avait besoin, dans les colonies, d'une main-d'œuvre en bon état de santé pour l'exploitation des richesses. C'est d'abord pour lutter contre la trypanosomiase humaine que furent déployés des moyens importants. Après la Première Guerre mondiale la France chercha donc à mettre en œuvre une politique sanitaire pour surmonter ses difficultés consécutives à ce conflit. En effet, elle avait besoin de matières premières pour relever son industrie. On peut donc affirmer que la question de la santé au Moyen-Congo était plus une réponse aux préoccupations économiques, à travers le besoin de la main-d'œuvre et le

¹ Maxi dico, 2000, Dictionnaire de langue française, Paris, p 862-991.

recouvrement de l'impôt de capitation, que la recherche du bien-être des populations autochtones. L'activité des compagnies concessionnaires² orientées vers des profits importants et la construction du Chemin de Fer Congo Océan (CFCO) révèlent cette connivence. Aussi, les populations en général et les travailleurs en particulier ont été exposés aux maladies endémiques et épidémiques qui ont eu des conséquences démographiques graves. En dépit de la nécessité d'asseoir, à Brazzaville, une politique sanitaire efficace pour soigner les populations et enrayer les épidémies, il se posa un problème de financement de cette politique dans les colonies. Le Moyen-Congo n'y échappa pas. Il a fallu attendre le lendemain de la Seconde Guerre mondiale, quand la France mit en place une nouvelle politique coloniale pour voir le domaine de la santé bénéficier d'infrastructures et de moyens financiers plus importants. Au moment de l'indépendance du Moyen-Congo, le nouveau pouvoir en place devait poursuivre cette politique.

Nous avons choisi d'étudier la politique sanitaire à Brazzaville en raison du statut de cette ville. Brazzaville a été fondée en 1880 pour servir de poste colonial. Progressivement, le centre urbain s'est consolidé avec l'afflux des populations africaines attirées par l'activité des Européens. Chef-lieu du Moyen-Congo en 1903, Brazzaville est élevée au rang de capitale de l'Afrique Equatoriale Française (AEF) en 1910. Du fait du statut de capitale fédérale dont jouissait cette ville, du reste résidence du Gouverneur général de l'AEF, c'est là que furent implantées les principales infrastructures sanitaires et appliquées plus directement les mesures sanitaires.

² C. Coquery-Vidrovitch, 1973, *Le Congo au temps des compagnies concessionnaires 1898-1930*, Paris-La Haye, Mouton et Co, 598p.

Pour saisir cette politique sanitaire dans le temps, nous l'avons inscrite dans la période 1906-1960. C'est en 1906 que furent entamés à Brazzaville les travaux de construction de l'Institut Pasteur, la première filiale en AEF de l'Institut Pasteur de Paris, chargé d'abord de mener la lutte contre la trypanosomiase ou la maladie du sommeil et les autres maladies. En 1960, le Moyen-Congo (devenu République du Congo le 28 novembre 1958) accède à l'indépendance. Même si la politique sanitaire ne change pas fondamentalement, les programmes revêtent un caractère national et rompent avec l'orientation coloniale, dictée par la métropole.

Cette étude se propose d'analyser les problèmes sanitaires à Brazzaville et les réponses apportées par l'administration coloniale face aux maladies endémo-épidémiques qui affectaient les populations autochtones et européennes à Brazzaville. Quels étaient les objectifs visés de la politique sanitaire? Quels stratégies et moyens furent mis en place pour gérer les problèmes de santé à Brazzaville? A la fin de la colonisation, quelle appréciation peut-on avoir de l'impact de la politique sanitaire sur le terrain?

Pour traiter une question aussi importante que celle de *La politique sanitaire à Brazzaville de 1906 à 1960*, il faut disposer d'une documentation portant sur la ville et les aspects de santé. Pour y parvenir, nous avons utilisé trois principales sources : les sources écrites, les sources orales et les sources iconographiques. Parmi les sources écrites, il faut d'abord citer les archives écrites. On peut disposer de nombreux documents à la Direction des Archives Nationales à Brazzaville. Au Ministère de la Santé, on trouve beaucoup de documents spécialisés entrant dans notre champ d'étude. Mais ils sont souvent postérieurs à 1960. Nous avons également consulté les archives de l'Institut Pasteur de Brazzaville et de la Direction des Services

d'Hygiène; elles sont peu abondantes à cause de la destruction d'une partie lors de la guerre civile de 1997.

Les archives de la Municipalité de Brazzaville, rassemblées au Centre de Documentation de l'Hôtel de ville à Brazzaville, nous ont permis de collecter des informations de caractère officiel à travers les arrêtés, les rapports et les compte-rendus des délibérations du Conseil Municipal.

Les *Journaux Officiels de l'AEF* sont aussi disponibles. On y trouve des discours des Gouverneurs généraux de l'AEF, des arrêtés de promulgation de mesures sanitaires ou de nomination de personnels de santé.

Des études existent qui abordent de manière directe ou indirecte l'objet de notre étude. Il s'agit, en premier lieu, de la thèse de doctorat d'Edouard Mbaloula.³ L'auteur a fait la genèse des structures sanitaires au Congo. Ce travail a l'avantage de montrer comment, d'abord prise en charge par les missionnaires dans le cadre de l'évangélisation, la question de la santé a pris une dimension politique gérée par les pouvoirs publics, la métropole, au début du XXe siècle. Il examine ensuite l'évolution des infrastructures hospitalières : de simples huttes à la construction des centres de recherche après la Deuxième Guerre mondiale. L'urgence de la création de ce type d'infrastructures était dictée par l'ampleur des maladies endémo-épidémiques et le besoin croissant de la main-d'œuvre.

L'étude de Marcel Soret⁴, quant à elle, établit le rapport entre la démographie et les problèmes urbains de Brazzaville dans les années

³ E. Mbaloula, 1981, *Essai sur l'évolution des hôpitaux congolais de la colonisation à nos jours (1880-1980)*, Thèse de doctorat de 3^e cycle (Droit et Economie de la Santé), Université de Paris-Sud, 369 p.

⁴ M. Soret, 1954, « Démographie et problèmes urbains en AEF, Poto-Poto-Bacongo-Dolisie », in *Mémoires de l'Institut d'Etudes Centrafricaines*, n°7, Brazzaville, 132p.

quarante. Le caractère composite de la population et la croissance rapide de cette ville posaient des problèmes d'occupation de l'espace et d'assainissement. A travers les tableaux et les graphiques, cette étude permet de saisir les mouvements naturels de la population, la structure sociale et professionnelle. L'étude débouche sur la relation entre la démographie et la politique sanitaire. Dans le cadre de la réalisation de cette politique sanitaire, la croissance rapide des deux villages réservés aux populations africaines que sont Bacongo et Poto-Poto constituait un grave problème influant sur la santé publique.

Le mémoire de Paul Mabilia-Bakala⁵ porte spécifiquement sur la maladie du sommeil. Nous avons marqué un grand intérêt pour l'article de Scholastique Dianzinga dont le titre est : *Santé et maladie en situation coloniale : l'exemple du Moyen-Congo*. A travers ce travail, l'auteur fait une analyse des principales pathologies à l'époque coloniale et situe l'importance de la question de santé dans la politique coloniale.⁶

S'ajoutent aux archives et sources imprimées, les documents numériques que nous avons extraits principalement des sites internet sur les pathologies comme la variole et la maladie du sommeil. On peut citer, entre autres, les sites suivants :

- <http://www.asnom.org/fr/432-variole.html>
- <http://www.lemedicaldelareunion.com/medecine.htm>
- <http://www.troupesdemarine.org>

L'internet demeure un des moyens modernes susceptibles de mettre à la disposition du chercheur des documents de manière rapide. Il réduit les

⁵ P. Mabilia-Bakala, 1985, *Etude socio-historique de la trypanosomiase humaine dans le Niari supérieur 1800-1935*, Mémoire de DES en histoire, Université Marien Ngouabi, 127p.

⁶ S. Dianzinga, 2009, « Santé et maladie en situation coloniale : l'exemple du Moyen- Congo (1908-1958) », in *Annales de l'université Marien Ngouabi*, Lettres et Sciences Humaines, vol.10 – 1, Brazzaville, p.98-107.

coûts d'accès parce qu'avant, il fallait faire face à des frais de déplacement pour aller les consulter au dépôt des archives d'Outre-mer à Aix-en-Provence en France. Des possibilités existent pour vérifier les informations à partir des journaux officiels ou d'autres documents écrits. Les sources iconographiques nous ont aidés à consulter des documents comme les photographies de l'époque coloniale.⁷

Source à part entière de l'histoire, les témoignages oraux⁸, nous ont permis d'être en contact avec certains acteurs ou bénéficiaires de la politique sanitaire à Brazzaville. Nous avons sélectionné les informateurs suivant leur âge et leur statut social. Important au départ, l'échantillon final s'est considérablement réduit. Néanmoins, nous avons pu, en ayant recours à un guide d'entretien, interroger une dizaine de personnes. Le tableau des informateurs est joint en annexe. Les témoins ne nous ont fourni dans la plupart des cas que des informations d'ordre général. Souvent, ces informations sont contradictoires. La fragilité de ce type de source, due au contexte, au rang social, à l'âge de l'informateur et aux intérêts de ceux-ci, ne nous a pas permis de jeter une lumière suffisante sur nombre d'aspects.

Malgré toutes ces difficultés, prévisibles du reste, nous avons opté pour une démarche méthodologique basée sur le croisement et la complémentarité des sources. Le recoupement de toutes ces sources nous a conduits à structurer notre étude en trois parties, chacune d'elles subdivisées en chapitres. La première partie porte sur la mise en place d'une politique sanitaire à Brazzaville de 1906 aux années 1920. La deuxième partie analyse l'évolution de la politique sanitaire à Brazzaville et la troisième partie tente d'esquisser un bilan de la politique sanitaire à Brazzaville.

⁷ Entretien avec madame Scholastique Dianzinga, notre Directrice de recherche.

⁸ J. Vansina, 1961, *De la tradition orale*, 1^{er} Edition, Tervuren, M.R.C., Traduit et révisé sous le titre *Oral Tradition as history*, Madison, University of Wisconsin Press, 1985, 179 p.

PREMIERE PARTIE

LA MISE EN PLACE DE LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE DE 1906 AUX ANNEES 1920

Dès l'arrivée des premiers explorateurs en Afrique, les maladies que ceux-ci avaient contractées et surtout les nombreux décès amenèrent les Européens à réfléchir sur ce problème. La situation s'était aggravée lorsque certaines maladies se transformèrent en épidémie : c'est le cas de la maladie du sommeil. Ainsi, les premières infrastructures sanitaires furent mises en place pour préserver la santé des Européens. Mais, du fait de la détérioration de l'état de santé des populations autochtones, souvent due aux nouvelles maladies apparues avec les contacts plus fréquents des travailleurs, le colonisateur changea sa vision de la prise en charge de la santé des habitants de Brazzaville. Dans cette première partie, nous allons analyser les premiers problèmes de santé qui apparaissent. Ensuite, nous aborderons l'aspect de la mise en place des premières structures sanitaires.

CHAPITRE I : LES PROBLEMES DE SANTE AU MOMENT DE L'IMPLANTATION ET DE LA CONSOLIDATION DE BRAZZAVILLE

Nous ne pouvons pas faire une étude sur les débuts de la médecine à Brazzaville sans faire un bref historique sur la création et les premières étapes de l'évolution de cette ville. En effet, elle demeure, en tant que chef-lieu du Moyen-Congo et la capitale fédérale de l'Afrique Equatoriale Française (AEF), le centre de prise de décisions.

I - LES DEBUTS DE BRAZZAVILLE

Brazzaville fut créée après la signature d'un traité par Pierre Savorgnan De Brazza et le souverain du royaume de tyo le 10 septembre 1880. Mais, c'est l'acte de prise de possession du 3 octobre 1880 qui permit à De Brazza d'installer un poste colonial sur la rive droite du fleuve Congo, au Stanley-Pool.⁹ Les débuts de ce poste sont modestes : c'est le 30 septembre 1884 que Charles de Chavannes acheva la première maison européenne à l'emplacement de l'actuel palais présidentiel¹⁰ qui fut le palais du Gouverneur général de l'AEF. Celle-ci comprenait cinq pièces. Elle était construite avec des matériaux locaux : charpente de bois, parois de tige de palmes, toit de chaume et brique de terre.¹¹

Le peuplement s'est fait en fonction des facteurs topographiques, historiques et humains. De 1900 à 1901, selon Scholastique Dianzinga, Brazzaville connaît un brusque essor en raison du développement de

⁹ C'est à partir du 1^{er} juillet 1881 que la Société de Géographie et le Comité Français de l'Association Internationale Africaine décidèrent de changer le nom de la station française de Ncouna en Brazzaville.

¹⁰ *Livre d'or du centenaire de Brazzaville, 1880-1980*, Brazzaville, Editions Publi - Congo, p.23.

¹¹ S. Dianzinga, 2006, (éd.), *Brazzaville : une ville à reconstruire. Recompositions citadines*, in Ziavoula, Paris, Karthala, p.18.

l'activité économique européenne. Sa population est estimée à 248 Européens et 500 Africains.¹² Les fonctions administratives favorisent son évolution. En effet, outre sa qualité de Chef-lieu du Moyen-Congo, le 1^{er} juillet 1904, Brazzaville devint capitale de l'ensemble du « Congo Français et Dépendances ». Lorsque par le décret du 15 janvier 1910, on crée l'Afrique Equatoriale Française (AEF), Brazzaville est élevée au rang de capitale de cette fédération. Sur le plan administratif, elle bénéficia d'une autre promotion : par l'arrêté du 15 octobre 1911, la capitale du Moyen-Congo et de l'AEF fut érigée en commune avec Louis Girard comme premier administrateur-maire.¹³ Cette ville devint, dès lors, une circonscription autonome du Moyen-Congo. La construction de l'Hôtel de ville à partir de 1911, inauguré le 15 octobre 1912, peut être considérée comme un pas important dans l'effort de modernisation de l'espace urbain. A cette date, Brazzaville s'étendait sur 12km de longueur et environ 5km de largeur. Elle se limitait au Nord par le rebord des plateaux du centre, à l'Est par la rivière la Tsiémé, au Sud par la rive droite du fleuve Congo, à l'Ouest, le Djoué et son affluent la Mfilou.¹⁴

Au fil du temps, les problèmes de cohabitation entre les Européens et la population africaine commencèrent à se poser. Le souci d'hygiène et de la préservation de la santé des Européens amena les autorités coloniales à séparer Brazzaville en deux entités : la ville européenne d'un côté et des villages indigènes de l'autre. La circulaire du 15 juin 1909 du Gouverneur général Martial Merlin impose officiellement cette séparation. A ce propos, il écrit :

¹² S. Dianzinga, 1991, « Evolution d'une ville coloniale : cas de Brazzaville », in CCAH, n°12, p.93.

¹³ *Livre d'or du Centenaire de Brazzaville*, p.332.

¹⁴ Extrait du Rapport de la Mission d'Urbanisation et de l'Habitat au Congo, décembre 1974. *Centre des Archives et de Documentation de l'Hôtel de ville de Brazzaville*.

*Les villages indigènes représentent un foyer de contagion, un réservoir presque inépuisable de virus de toutes les endémies qui menacent l'Européen ; c'est dans les villages africains que le moustique et la mouche tsé-tsé s'infectent. Il importe donc que le village indigène et la ville européenne occupent des quartiers distincts.*¹⁵

En 1909, l'administrateur Butel organisa le village de Bacongo et le village sénégalais « Dakar ». Deux ans après, l'administrateur Latapie aménage à son tour le village de Poto-Poto. Tous les Noirs sont expulsés progressivement. Les habitants des villages Mfoa, « Dakar » réservé aux tirailleurs sénégalais et « Mariage » occupé par les nouveaux chrétiens furent déplacés du quartier européen.¹⁶ La « création » de ces villages africains, selon la formule de l'administration coloniale, était en fait une opération qui consistait à leur imposer un nouveau tracé pour mieux contrôler la population noire. C'est ainsi que furent nommés des chefs de village qui étaient chargés de l'entretien du quartier, de désigner les « fauteurs de désordres », les habitants qui ne voulaient pas payer l'impôt et les cas de maladies graves.¹⁷

La ville ne connaîtra son premier plan d'urbanisation que vers 1925, à l'initiative du Gouverneur Général de l'AEF Raphaël Antonetti. Ce plan confirme la séparation des espaces occupés par les Européens et par les Africains. Mais, il impose surtout la modernisation de Brazzaville appelée à jouer un rôle économique important avec le Chemin de Fer Congo Océan en construction à l'époque. Dans ce contexte, le domaine sanitaire devait connaître aussi quelques transformations.

¹⁵ S. Dianzinga in Ziavoula, (éd.), 2006, *Brazzaville : une ville à reconstruire. Recompositions citadines*, op. cit. p.22.

¹⁶ S. Dianzinga, 1991, « *Evolution d'une ville coloniale : cas de Brazzaville* », op. cit. p.98.

¹⁷ Notice du Lieutenant-gouverneur du Moyen-Congo Lucien Fournier, p.5.

II - SITUATION SANITAIRE A BRAZZAVILLE

C'est à la fin du XX^{ème} siècle que les premiers Européens s'installent à Brazzaville. La construction de la première maison sur un plateau répondait, sans nul doute, au souci d'occuper un espace sain, non marécageux, aéré, pour mettre ses habitants à l'abri de certaines maladies. Mais, en dépit de ces précautions, de nombreux Européens succombaient suite aux maladies contractées dans ce nouveau milieu, comme le fait remarquer Moïse Landeroin, un membre de la Mission Marchand :

A 5h du soir je suis allé aux funérailles de M. Orsin-Déon, agent auxiliaire du Congo, décédé à 1h du matin. On meurt facilement à Brazzaville : quelques jours auparavant, le 20, on avait porté le lieutenant Restout à sa dernière demeure, il se préparait à monter dans l'Oubangui. Le cimetière compte déjà 19 blancs, victimes du climat du Congo.¹⁸

Le climat était perçu comme le facteur principal à l'origine de la détérioration de la santé des Européens. D'abord, la chaleur humide qui épuisait l'organisme. Dans beaucoup de récits, on évoque la fatigue surtout après de longues marches. Mais, ce climat avait favorisé la présence du moustique qui provoquait le paludisme ou malaria. C'est ainsi que, dans une lettre citée par Scholastique Dianzinga, Jacques de Brazza, petit frère de l'explorateur, se plaignait dès son arrivée à Brazzaville « d'un peu de fièvre » qui l'avait « fort affaibli ». Cette fièvre s'était transformée en une « fièvre tierce ».¹⁹ Outre le paludisme, il faut citer la typhoïde, la bilharziose, la dysenterie, le tétanos, les infections pulmonaires, etc. La dysenterie était favorisée par la mauvaise alimentation (les Européens consommaient

¹⁸ M. Landeroin, 1996, *Mission Congo-Nil (Mission Marchand), Carnets de route*, in S. Dianzinga, « Santé et maladies en situation coloniale... », op. cit. p.94.

¹⁹ S. Dianzinga, « Santé et maladies en situation coloniale... », op. cit.

beaucoup d'aliments en conserve et quelques produits locaux souvent mal conservés à cause du climat).

Ce sont les épidémies qui ont fait le plus de ravages parmi les Blancs et les Africains. Si le paludisme est resté à l'état endémique, la trypanosomiase humaine africaine ou maladie du sommeil a pris longtemps la forme épidémique. L'épidémie de la grippe qui a commencé en Europe en 1918 a causé la mort de nombreux habitants du Congo dont l'Administrateur-Maire de Brazzaville, Louis Girard.²⁰ Jusqu'aux années 1950, la lutte contre les maladies resta au centre des préoccupations de l'administration en matière de santé publique.

La maladie du sommeil sévissait fortement à Brazzaville. C'est ce que confirme Jean-Paul Bado lorsqu'il écrit :

*Enfin, à Brazzaville tout comme à Libreville, carrefour politique et commercial, des cas fréquents de trypanosomiase étaient signalés chez les autochtones et parmi les étrangers, notamment les boys cuisiniers, les miliciens et les travailleurs.*²¹

Selon l'auteur, les Africains comme les Européens étaient exposés à la maladie du sommeil du fait des contacts dus aux fonctions administratives et économiques des villes coloniales. Il fait également allusion aux populations qui changeaient de milieu, plus précisément les boys et les tirailleurs vivant dans leurs quartiers propres mais côtoyaient les Blancs pour des raisons professionnelles et contaminaient ces derniers.

²⁰ S. Dianzinga, « Santé et maladies en situation coloniale... », op.cit.

²¹ J.P. Bado, 1996, *Médecine coloniale et grandes endémiques en Afrique 1900-1960* « lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose, Paris, Karthala, p.90.

CHAPITRE II : LA MISE EN PLACE DES PREMIERES STRUCTURES SANITAIRES A BRAZZAVILLE

Ce chapitre se propose de mettre un accent sur les éléments sur lesquels s'est appuyée l'action sanitaire à Brazzaville. Plusieurs organes ont constitué la trame organisationnelle de cette action. Celle-ci menée de manière sporadique, selon les nécessités du moment, a évolué rapidement du fait des conséquences plus graves des maladies épidémiques.

I - LA NECESSITE DE PRENDRE EN CHARGE LES PROBLEMES QUOTIDIENS DE SANTE A BRAZZAVILLE

Dès le départ, les soins médicaux et d'hygiène constituèrent le premier volet de l'action sanitaire des Européens. Mais, on mit également l'accent sur la prévention avec les vaccinations. Les missionnaires furent les premiers à s'occuper des malades autochtones pour une raison précise, comme le souligne Scholastique Dianzinga :

*Il fallait soigner le corps avant de s'occuper de
l'âme.²²*

Des dispensaires furent donc ouverts là où s'étaient implantés les missionnaires catholiques comme ceux de l'église protestante. On signale en 1892 l'existence d'un petit hôpital chez les sœurs de Saint Joseph de Cluny à Brazzaville. Les sœurs se rendaient même dans les villages pour aller chercher les malades. La volonté de sauver des vies humaines par la médecine moderne se heurta souvent à la résistance des populations autochtones. Beaucoup d'entre eux restaient attachés aux croyances, surtout

²² Supra.

à la sorcellerie. Ils recouraient donc pour leur guérison aux devins-guérisseurs, aux plantes médicinales et aux cérémonies rituelles. Lutter contre les croyances traditionnelles était l'une des tâches importantes à laquelle s'attelaient les missionnaires chrétiens. Ils espéraient de bons résultats en impliquant les femmes. D'où l'accent mis sur l'éducation de la fille et de la femme, à qui, il fallait inculquer des notions d'hygiène et l'efficacité de la médecine moderne. En effet, la femme était au centre de la vie familiale. C'est par elle que les « bienfaits de la civilisation européenne », la médecine européenne entre autres, pouvait atteindre toute la société. On attendait de l'éducation des femmes, l'amélioration de la santé de la famille et notamment la réduction de la mortalité maternelle et infantile qui atteignait des taux très élevés. Convaincue de l'efficacité de leur action, Gabrielle Vassal, épouse du Directeur des Affaires Sanitaires à Brazzaville, pense dans son livre paru en 1925 que:

Dans le domaine de l'assistance médicale, il y aurait à faire une large part aux missionnaires.

Nous n'avons pas le droit de tenir à l'écart des auxiliaires de nos médecins si avertis et si dévoués. Ils ont montré toute leur valeur quand on a pu dans de rares occasions, les employer. L'administration fournirait les médicaments usuels et de l'atoxyl. Les missions traiteraient les affections courantes et la maladie du sommeil, à charge de rendre compte exactement.²³

C'est dans ce contexte qu'on peut comprendre l'appui accordé par l'administration coloniale dans le fonctionnement du petit hôpital des sœurs de Saint Joseph de Cluny où l'on soignait beaucoup de malades atteints de la maladie du sommeil et l'atoxyl administré à ces derniers n'était pas à leur portée.

²³ G. Vassal, 1925, *Mon séjour au Congo français*, Paris, Librairie Pierre Roger, p.80.

Photo n°1 : Personnes atteintes de la maladie du sommeil soignées à l'hôpital des sœurs de Saint Joseph de Cluny de Brazzaville.



Source : J. Clemens, 2004, *Mémoire en images. Congo-Brazzaville*, cap-sur-Loire, Alan Sutton, p.100

Le service de santé publique démarra avec les médecins membres des missions d'exploration comme les docteurs Ballay, Fournial, Emily, Allain, Asconet, Sibut et Hullier.²⁴ Ainsi, les premiers postes médicaux furent créés par les médecins du corps de la marine et des colonies au début du XX^{ème} siècle. A cette époque, les formations sanitaires destinées aux indigènes étaient rudimentaires. Un hôpital colonial comprenant l'essentiel des équipements médicaux fut créé à Brazzaville en octobre 1911,²⁵ dans le cadre du programme d'amélioration des infrastructures sanitaires. Mais, on peut comprendre que cela était lié au fait que depuis 1908 Brazzaville était le siège du Gouvernement général du Congo français. Dès 1906, on assista à Brazzaville à la création de deux premiers établissements hospitaliers

²⁴ E. Guernier (éd.), 1950, *Afrique Equatoriale Française*, Encyclopédie coloniale et maritime, p.209.

²⁵ *Livre d'or du Centenaire de Brazzaville*, op. cit. p. 23.

locaux : un hôpital européen et un hôpital indigène dont les conditions et méthodes de construction étaient déplorables.²⁶

L'hôpital européen avait pour mission d'assurer le traitement des officiers, des fonctionnaires, des soldats, marins, employés et agents de divers services, militaires coloniaux et locaux, leurs familles, des colons et étrangers de passage, en résidence ou en mission au Congo.²⁷ En revanche, l'hôpital indigène était destiné à recevoir les tirailleurs sénégalais, percevant une solde de l'administration locale ainsi que les natifs.²⁸

Il s'agit, en fait, du même hôpital de la ville divisé en deux établissements pour respecter la ségrégation qui régissait le fonctionnement de la société sous la colonisation. Comme l'espace urbain était réparti en deux entités distinctes : la ville européenne et les villages indigènes, on retrouve aussi cette distinction sur le plan sanitaire. Ainsi, il y avait un hôpital européen et un hôpital indigène.

Les deux quartiers africains, le village de Poto-Poto et celui de Bacongo étaient dotés dès 1913 chacun d'un dispensaire. La situation sanitaire des espaces occupés par les populations africaines préoccupaient l'administration coloniale. Considérés comme de véritables « viviers » de virus, elles craignaient que leurs habitants ne contaminent les Européens. Il faut préciser que c'est de ces quartiers que provenaient le personnel domestique travaillant dans les domiciles des Européens, les manœuvres recrutés dans les ateliers et les maisons de commerce ainsi que les commis de l'administration (écrivains, interprètes). C'est pourquoi, on nomma des

²⁶ E. Mbaloula, 1981, op. cit. p.36.

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

chefs de village ou de quartiers. Ceux-ci avaient comme principales tâches, le devoir de veiller au maintien des parcelles et des rues en état de propreté. Les habitants étaient donc tenus sous la surveillance des chefs. Ils devaient débroussailler les alentours des maisons et balayer quotidiennement la cour, la maison et la rue. Le non respect de ces mesures était sévèrement sanctionné.

II - LA NECESSITE D'AMELIORER LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE BRAZZAVILLE

La santé, le bien-être social, l'équilibre moral, étaient au centre des préoccupations de l'administration coloniale. Mais, ce fut moins par humanisme que l'on travailla à protéger les populations autochtones de certaines maladies. En effet, il apparut nécessaire et urgent de réagir face aux effets des maladies sur la démographie. On assistait à une grave baisse de la population lorsque sévissait les épidémies. Or, la réussite de la mise en valeur du Congo nécessitait une main-d'œuvre importante et vigoureuse, c'est-à-dire jouissant d'une bonne santé.

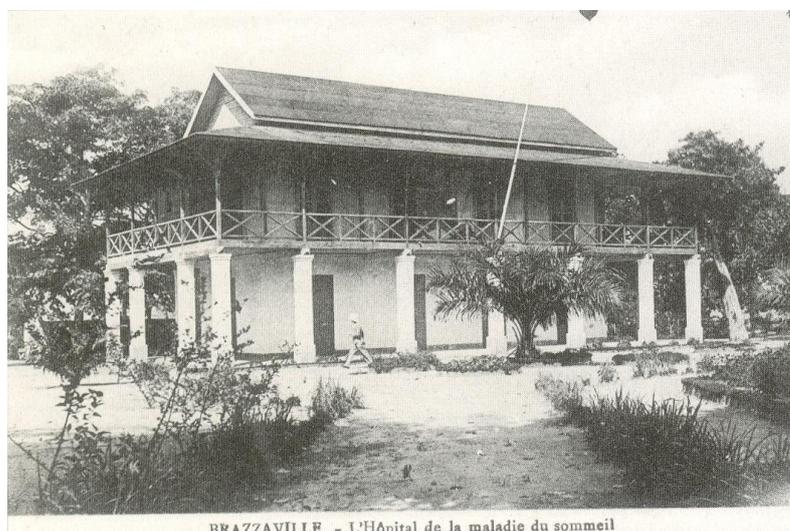
La construction à Brazzaville de l'Institut Pasteur fut un pas important dans la politique coloniale sanitaire à Brazzaville. C'est la première antenne de l'Institut Pasteur de Paris en Afrique centrale. En 1908, grâce à la convention organique du 27 octobre 1908 passée entre l'Institut Pasteur de Paris et le Gouverneur général du Congo, la filiale de l'Institut Pasteur de Brazzaville était rénovée et les bases de son fonctionnement furent fixées.²⁹ On doit la mise en place de cette structure à trois hommes :

²⁹ E. Guernier, op. cit. p.227.

Ce sont des docteurs comme Gustave Martin et Lebœuf, médecins du corps de santé coloniale et M. Roubaud, agrégé des sciences naturelles qui par la proposition de M. Roux directeur de l'Institut Pasteur de Paris que s'embarquèrent le 26 octobre 1906 les missionnaires pour le Congo français et regagnèrent Brazzaville avec le matériel, les animaux d'expérience et les fonds nécessaires pour les recherches ; car il fallait respecter les instructions de Paris.³⁰

De même, c'est avec du matériel venu de France que le commissaire général Gentil fit construire un bâtiment à étages pour le laboratoire et un pavillon pour les animaux d'expérience. Débutés en 1906, les travaux de construction prirent fin en 1908.³¹ Le Docteur Gustave Martin devint, dès 1909, le premier directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville.³²

Photo n°2 : Le premier bâtiment de l'Institut Pasteur construit en 1906.



Source : J. Clemens, 2004, *Mémoire en images. Congo-Brazzaville*, Alan Sutton, p.100.

³⁰ E. Guernier, op. cit., p.227

³¹ J.P. Bado, 1996, op. cit. p.87.

³² E. Guernier, supra.

Dès la fondation de Brazzaville, les Européens eurent recours aux populations environnantes pour la construction du poste colonial. Les travaux de construction absorbaient surtout les hommes qui travaillaient comme manœuvres. On retrouve dès la fin du XIX^{ème} siècle quelques Africains dans les factoreries appartenant généralement aux compagnies concessionnaires et aux petites unités de production. Les compagnies concessionnaires avaient acquis de grandes exploitations à l'intérieur, comme ce fut le cas pour la Compagnie Forestière du Haut et Bas Congo (CFHBC), où les populations étaient soumises au travail forcé dans les forêts. Ces hommes et ces femmes exposés au soleil, aux morsures de serpents, mal nourris, épuisés par le travail harassant développaient des maladies graves. Le contact avec les autres travailleurs provenant d'autres milieux favorisaient la propagation des épidémies. Brazzaville, par son rôle de point de transit pour les produits venant de l'Oubangui-Chari et du Nord du Congo. Ceux-ci étaient acheminés ensuite par la piste des caravanes jusqu'à Loango et plus tard par le Chemin de Fer Congo-Océan jusqu'à Pointe-Noire sur la côte atlantique, ne pouvait être épargnée. La gare et le port de Brazzaville occupaient une place importante dans la mise en valeur du Congo. Par conséquent, la population payait souvent un lourd tribut du point de vue sanitaire. C'est ainsi qu'à la fin du XIX^{ème} siècle, selon les propos du docteur Emily, médecin de la mission Marchand, une grande partie des tirailleurs de cette mission en provenance de Loango et en route pour Fachoda fut contaminée par la syphilis³³. Cette infection qui avait revêtu la forme épidémique était très répandue à Brazzaville. Nous l'avons déjà indiqué que les emplois créés par les Européens devaient favoriser la croissance des quartiers africains Poto-Poto et Bacongo avec l'arrivée des

³³ A. C. Ndinga Mbo, 2006, *Savorgnan de Brazza, les frères Tréchet et les Ngala du Congo-Brazzaville (1878-1960)*, Paris, L'Harmattan, 281p.

populations rurales. Les conditions déplorables dans ces quartiers étaient à l'origine de ces nombreuses maladies.

La question de la diminution de la population interpellait donc l'administration coloniale d'autant plus qu'elle s'inscrivait dans le cadre du redémarrage de l'économie française au lendemain de la Première Guerre mondiale (1914-1918) et de la crise économique (1929). Ainsi, « Faire du Noir » selon le langage de l'époque, devint pratiquement un mot d'ordre à la base de la politique coloniale. Sa mise en application passait par l'amélioration de la politique sanitaire et sociale. Dans cette perspective, on misera sur la femme, productrice et reproductrice comme élément de changement. D'où l'accent mis sur la santé maternelle et infantile par le Gouverneur général François Joseph Reste, dans sa politique sociale.

Les maladies diverses comme les épidémies donnèrent lieu à Brazzaville à un certain nombre de mesures. Les efforts consentis par les missionnaires et les médecins du corps de santé coloniale dans la lutte contre ces épidémies constituèrent les éléments de base qui impulsèrent l'évolution de la politique sanitaire. C'est seulement à partir des années 1930 qu'on assista à la mise en place d'une politique plus cohérente dans le domaine socio-sanitaire.

DEUXIEME PARTIE

EVOLUTION DE LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE

La deuxième partie de notre travail se propose d'analyser l'évolution de la politique sanitaire à Brazzaville. Si la volonté de préserver la santé des Européens et les intérêts coloniaux a justifié la création des premières infrastructures sanitaires, un certain nombre de facteurs imprimèrent par la suite des mesures nouvelles. Cette deuxième partie examine donc les éléments de changement, à travers l'organisation du système sanitaire et le personnel. Elle aborde aussi les orientations qu'impose le pouvoir colonial pour mieux répondre aux préoccupations dans le domaine sanitaire.

CHAPITRE III : LES FACTEURS D'ÉVOLUTION DE LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE

Ce chapitre tente d'apporter un éclairage sur les stratégies à la base de l'évolution de la politique sanitaire. La ville s'est, en effet, développée. La population urbaine a augmenté et s'est diversifiée du fait de l'arrivée des Européens, des Africains en général et des ruraux. Cette évolution a eu pour effet des problèmes sanitaires auxquels l'administration a essayé d'apporter des solutions. On assiste donc à l'amélioration des structures socio-sanitaires. La question de la formation du personnel sanitaire devient également une préoccupation.

I - ORGANISATION DE LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE

Dans le souci de mieux asseoir la politique sanitaire, l'administration coloniale avait mis en place une organisation qui s'appuyait sur trois dispositifs : les organes centraux, les organes spécialisés et les dispositifs mobiles.

1 - Les organes centraux

Les organes centraux avaient une grande importance dans le déploiement de la politique sanitaire. Ils étaient considérés comme les organes de base pour octroyer des soins aux populations autochtones. Parmi ces organes centraux, on comptait le premier hôpital de Brazzaville.

Cet hôpital se situait dans les bâtiments de l'actuel commissariat central de police y compris toute la zone abritant le ministère de la Santé.³⁴

Photo n°3 : L'ancien bâtiment de l'hôpital général de Brazzaville, actuel Commissariat central de police.



Source : Dreid Miché Kodja-Manckessi

Le colonisateur cherchait de plus en plus à améliorer les conditions de vie des populations autochtones. Mais, l'état de précarité des formations sanitaires, l'insuffisance des antennes de propagation de la politique sanitaire, furent de réels obstacles dont les effets ont limité l'efficacité des mesures et moyens déployés.

³⁴ Dr S. Nsangoula, E.O. n°2 du 09 septembre 2009 à Brazzaville.

Le dispensaire de Bacongo et celui de Poto-Poto faisaient également partie de ces organes centraux. Ils furent construits en 1913.³⁵ A ces dispensaires furent adjoints les centres de puériculture où étaient administrés des soins pédiatriques. Le centre de puériculture de Bacongo « Edouard Renard » appelé communément le « dispensaire de madame » était implanté au quartier Dahomey. Le deuxième, c'est le dispensaire adulte communément appelé « Bissita » sur l'avenue Savorgnan de Brazza.

Photo n°4 : Dispensaire adulte de Bacongo actuel Centre de Santé Intégré « Bissita ».³⁶



Source : Dreid Miché Kodja-Manckessi

Le quartier de Poto-Poto comptait lui aussi deux établissements de soins médicaux. Le premier, le dispensaire des adultes était un dispensaire de base. Il constituait la toute première agglomération médicale et se situait

³⁵ *Livre d'or*, op. cit. p.33.

³⁶ L'aile droite du dispensaire ne date pas de l'époque coloniale. Elle a été ajoutée récemment pour abriter le Centre de dépistage volontaire du VIH/sida.

en face de l'actuelle école des filles de Poto-Poto, sur la rue Dispensaire derrière le marché de Poto-Poto.³⁷ Le second était le centre de puériculture « Lucienne Renard », qui se trouve en face de l'école de la *Mfoa*, appelé par les congolais *Mayi ya mupé*.³⁸ Il abrite aujourd'hui le siège de la Direction Générale de la Médecine Traditionnelle.³⁹

Photo n°5 : Dispensaire de puériculture de Poto-poto « Lucienne Renard », actuelle Direction Générale de la médecine traditionnelle, bâtiment en pleine rénovation.



Source : Dreid Miché Kodia-Manckessi

2 - Les organes spécialisés

Parmi les organes spécialisés, il faut citer d'abord la structure de base depuis 1906 qui était l'Institut Pasteur de Brazzaville créée pour faire face à la lutte contre la maladie du sommeil. C'est en 1932 qu'est édifié un second

³⁷ R. Boukaka, E.O. n°7 du 04 juin 2010 à Brazzaville.

³⁸ Traduction littérale « l'eau du prêtre » en raison de l'occupation avant la colonisation de toute cette zone par les prêtres.

³⁹ A. J. Malanda, E.O. n°8 du 22 juin 2010 à Brazzaville.

bâtiment de cet institut (faisant face à l'entrée principale). Outre l'Institut Pasteur, les autres organes spécialisés étaient les deux annexes de pathologies endémiques :

- le camp des sommeilleux ou camp de ségrégation ⁴⁰ sur l'avenue de l'Auberge Gascogne. Ce centre était supervisé par le Docteur Jeannot qui fut médecin-chef de 1936 à 1942.⁴¹
- le centre de Raoul Follereau, qui recevait les lépreux, existe encore de nos jours⁴². Avant, il se situait derrière l'ex-télévision nationale, transférée par la suite au quartier Château-d'eau Nganguoni, précisément dans l'actuelle école primaire Matsoua qui, à cause de l'occupation de ces bâtiments par les miliciens vers les années 40, sera transféré là où il se trouve aujourd'hui.⁴³ On traitait et hospitalisait les cas les plus sérieux.

3 - Les dispositifs mobiles

Il est difficile de parler des équipes mobiles sans pourtant tenir compte de l'extrême opposition politique et dogmatique qui leur fut opposé tout au long de leur histoire. On savait que les dispositifs fixes ne servaient qu'une faible partie de la population. En effet, les malades les plus éloignés des dispensaires ne parvenaient pas jusqu'au médecin et les structures de santé fixes ne voyaient qu'un petit nombre de patients très souvent dans un état grave.

Il fallait dans ce cas, créer un service de santé mobile. Dès sa création, le service de santé mobile des colonies de l'AEF considère les tournées

⁴⁰ Les locaux de ce camp sont aujourd'hui occupés par un orphelinat et sont situés précisément en face de l'ancienne télévision nationale

⁴¹ R. Batantou, E.O. n°1 du 29 septembre 2009 à Brazzaville.

⁴² Il se trouve à Kinsoundi vers le quartier Barrage.

⁴³ M.M. Nkounkou, E.O. n°9 du 11 juillet 2010 à Brazzaville.

médicales comme une activité entrant totalement dans les missions attribuées aux médecins. L'importance d'un service de santé mobile réside dans le fait qu'elle devait réaliser des tournées régulières auprès des populations pour soigner les malades, rechercher les causes de décès, dépister les maladies épidémiques, faire des vaccinations et, enfin, de donner des conseils d'hygiène.

Photo n°6 : Bâtiments de l'Institut Pasteur de Brazzaville, à l'arrière plan est celui de 1906 rénové en 1932 et à l'aile droite construit en 1932- 1945 achevée en 1948.



Source : B. Toulhier, *op.cit*, p.17.

Brazzaville joua un rôle déterminant dans la mise en place de ce service. Parfois les médecins affectés pour la première fois en AEF devaient passer un stage à l'Institut Pasteur de Brazzaville qui était un instrument capital dans l'élaboration de la politique sanitaire à Brazzaville.⁴⁴

Pour pallier aux problèmes sanitaires, outre la création des structures sanitaires, c'est par le service mobile que l'administration entendait atteindre

⁴⁴ S. Dianzinga, « Santé et maladies en situation coloniale ... », *op. cit.* p.100.

le maximum de populations autochtones. A Brazzaville, un accent particulier fut mis dans les campagnes de sensibilisation contre les maladies endémo-épidémiques. Il était question d'observer l'hygiène dans les quartiers occupés par les populations africaines. Les campagnes de sensibilisation étaient soutenues par des structures de recherche spécialisées comme l'Institut Pasteur et l'Organisation des Recherches Scientifiques et Techniques d'Outre-mer, le centre Raoul Follereau. L'efficacité de la politique sanitaire était tributaire aussi de la formation du personnel.

II - ORGANISATION DU PERSONNEL SANITAIRE A BRAZZAVILLE

Le personnel était un facteur essentiel dans l'amélioration de la situation sanitaire des populations vivant à Brazzaville. Comme dans l'implantation des structures sanitaires, on retrouve une distinction dans le personnel médical ou chargé des questions de santé. Ainsi, il y avait d'une part un personnel européen et le personnel indigène c'est-à-dire africain, d'autre part.

1 - Le personnel médical européen

Le personnel européen était le socle de la politique sanitaire, dans la mesure où il s'agissait d'agents ayant été formés en Europe, donc supposés être de qualité. Mais, il est demeuré longtemps en nombre insuffisant même si Brazzaville absorbait le plus grand nombre par rapport aux zones rurales où il faisait parfois défaut. C'est ainsi que sur les 10 médecins qui se trouvaient au Moyen-Congo déjà 6 travaillaient à Brazzaville en 1925.⁴⁵ On observe quand même une évolution : le nombre de médecins affectés en

⁴⁵ E. Mbaloula, op. cit. p.51.

AEF était passé de 22 en 1914 à 68 en 1928.⁴⁶ On pensait pourtant que l'insuffisance des effectifs médicaux européens trouvait une solution après l'ouverture de l'école de médecine de Dakar. Mais en réalité, les besoins demeuraient très importants, notamment avec l'apparition des épidémies. Les médecins africains ne jouaient qu'un rôle secondaire. Pour les accouchements, il fallut attendre longtemps pour que les sages femmes européennes soient secondées par les sages femmes indigènes formées à l'Ecole de médecine de Dakar.

2 - Le personnel médical indigène

Le personnel sanitaire indigène était indispensable dans l'application de la politique sanitaire à Brazzaville. Il était un dispositif nécessaire dans la communication avec la population indigène et le renforcement de la confiance auprès de celle-ci.

On utilisait déjà un personnel paramédical indigène depuis les années 1920. L'Institut Pasteur et l'hôpital de Brazzaville avaient formé les premiers infirmiers indigènes sur le tas.⁴⁷ A ceux-ci s'étaient ajoutés, dès 1930, des infirmières auxiliaires⁴⁸ pouvant assurer le service dans les établissements hospitaliers locaux et les maternités.⁴⁹ Dans les maternités, les sages femmes étaient appuyées par les matrones formées sur le tas.

Malgré cela, le personnel sanitaire indigène n'était pas encore à la hauteur des exigences du terrain. C'était, en effet, un personnel semi-

⁴⁶ Rapport Lasnet du 10 juin 1929, Affaires politiques, Carton 672, Centre des archives d'outre-mer, Aix-en-Provence, in S Dianzinga, op. cit. p.102.

⁴⁷ « Maladies endémo-épidémiques en AEF », [Http://www.lomedicaldelareunion.com/medecine.htm](http://www.lomedicaldelareunion.com/medecine.htm), p.5, consulté le 29 mai 2010 à 22h53.

⁴⁸ A cette époque, le grade de sage-femme était inexistant. On leur attribuait le nom de "Matrones", R. Batantou, op. cit.

⁴⁹ Arrêté du 29 mars 1930, *JO de l'AEF* du 1^{er} mai 1930, p.388-389.

analphabète voire analphabète. Un médecin-inspecteur le note dans son rapport de tournée entre 1935 et 1936 que :

*La grande majorité ne sait ni lire ni écrire : beaucoup sont des ivrognes et des inaptes ; on doit les considérer comme de manœuvres plutôt que comme des infirmiers. Quant aux infirmières elles ne possèdent pas la moindre instruction générale.*⁵⁰

Cette situation préoccupante obligea l'administration coloniale à envisager la création à Brazzaville d'une école de formation dans le domaine sanitaire. On pensa à l'ouverture d'une école de médecine à l'instar de celle de Dakar. Mais, il fallut attendre la fin des années 1950 que l'on ouvre à Brazzaville seulement une école d'infirmiers. Cependant, la première promotion de médecins auxiliaires (uniquement indigènes) ne sortira que vers 1942 de l'Ecole de médecine de Dakar.⁵¹ En ce qui concerne les sages-femmes et les infirmières visiteuses, il fallait patienter pendant un long moment parce que, l'enseignement des filles en A.E.F, plus précisément à Brazzaville, venait d'être amorcé.⁵²

⁵⁰ GG François-Joseph, Reste, op. cit.

⁵¹ Ibid., p.186.

⁵² Ibid.

Photo n°7 : Transport d'un malade atteint de la maladie du sommeil par le personnel indigène.



Source : <http://www.troupesdemarine.org>

Il est évident qu'une bonne politique sanitaire ne pouvait se développer avec un personnel sans formation solide. La formation des agents de santé européens et locaux figurait donc parmi les priorités. Le personnel européen était généralement bien formé. Le personnel local (indigène) quant à lui était utilisé comme agent de terrain, surtout dans les campagnes de vaccination ou de repérage des différents foyers de propagation des maladies. Son rôle était aussi déterminant aux côtés de la population indigène. Il était la véritable courroie de transmission entre les responsables sanitaires et les autochtones.

CHAPITRE IV : LES GRANDES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE

La nécessité d'infrastructures sanitaires modernes et d'un personnel qualifié constituaient les piliers d'une lutte efficace contre les principales maladies endémo-épidémiques. Cette lutte s'était organisée autour des préoccupations suivantes : l'éradication des maladies endémo-épidémiques, la promotion de l'hygiène et de la santé publique, la protection de la mère et de l'enfant indigène.

I - LA LUTTE CONTRE LES MALADIES ENDEMIQUES ET EPIDEMIQUES

C'est à partir de l'Institut Pasteur que les acteurs de la politique sanitaire organisèrent la lutte et l'étude de la maladie du sommeil qui ravageait les populations au Moyen-Congo.⁵³ Ils cherchaient à promouvoir des traitements efficaces et des mesures d'assistance médicale pour les malades africains. Comme nous l'avons déjà souligné, la maladie du sommeil constituait le premier problème auquel l'administration coloniale devait faire face. Elle touchait aussi les autres colonies d'Afrique centrale et de l'Afrique de l'Ouest.

La maladie du sommeil, encore appelée "trypanosomiase humaine africaine (THA)", est une maladie parasitaire à transmission vectorielle. L'importance attachée à cette maladie par le colonisateur s'explique par la nécessité d'éliminer les foyers de contamination qui mettaient en danger la vie des populations autochtones et européennes résidant à Brazzaville. Pour

⁵³ E. Guernier, op. cit. p.227.

lutter et combattre la THA, les autorités sanitaires s'étaient organisées autour des dispositions suivantes :

1 - Au niveau des équipes mobiles :

Les équipes mobiles représentaient un moyen et une méthode efficace pour lutter contre la maladie du sommeil. Toutefois, l'efficacité des actions de ces équipes mobiles variaient par rapport aux moyens humains disponibles et en fonction des techniques sérologiques et des techniques de dépistage des parasites.

De nombreux malades atteints de la maladie du sommeil mouraient avant de pouvoir faire l'objet d'un diagnostic ou bénéficier des soins médicaux. Les équipes mobiles contribuèrent à changer cette situation. Quatre équipes sillonnaient Brazzaville, deux fois par semaine pour des visites et le dépistage jusque dans les écoles.⁵⁴ Ces équipes étaient composées de deux ou trois infirmiers et de quelques porteurs indigènes dans chaque équipe allant à l'encontre des malades autochtones dont la plupart ne pourraient pas atteindre sans difficulté un poste médical.⁵⁵ Le dépistage reposait sur la ponction ganglionnaire.

La pulvérisation des produits se faisait dans les zones surtout marécageuses (rivières, mares, rues, habitats, etc.) en associant le médecin indigène qui servait d'interprète. Elle se pratiquait trois fois dans la semaine.⁵⁶ Toutes ces tournées entraient dans les missions normales et permanentes de tout le personnel médical de l'AMI.

⁵⁴ R. Batantou, op. cit.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ R. Boukaka, op. cit.

2 - Au niveau des soins de santé primaires :

Les soins de santé primaires sont des soins qui sont rendus accessibles à tous avec la participation de la communauté, dans un esprit d'auto-responsabilité. Ainsi, un ou plusieurs agents du comité d'hygiène étaient formés afin d'identifier les signes cliniques les plus évocateurs tels que : les ganglions du corps chez l'adulte, fièvres persistantes, troubles du sommeil, amaigrissements suspects, des œdèmes chez les jeunes, etc. Le comité était également formé pour la lutte anti-glossine : éclaircissement, lutte par insecticide surtout si les autochtones possèdent des atomiseurs pour traiter les cultures et la lutte par piégeage qui nécessitait au minimum un emploi et entretien des pièges fournis par l'administration coloniale.

3 - Au niveau de l'éducation sanitaire :

Dans la plupart des cas, la lutte contre la maladie du sommeil se heurtait aux croyances traditionnelles. La longue durée du traitement faisaient que les malades trypanosomes préféraient consulter le féticheur que le médecin. Psychologiquement, il a fallu du temps pour que le médecin remplace le *nganga nkisi* (guérisseur). La méfiance pour le dispensaire se dissipa au fil du temps. L'efficacité et la rapidité des soins renforcèrent cette confiance. Pourtant, il faut encore constater que le taux de fréquentation des malades resta moyen. Ce comportement des populations autochtones faisait que la maladie du sommeil ne pouvait être combattue efficacement que par des équipes mobiles qui cherchaient les trypanosomes dans leur domicile, même ceux qui étaient "grabataires"⁵⁷, et pour cause, le cycle de prise des médicaments n'était pas respecté. Parmi les raisons de rupture de traitement on évoque l'absentéisme dans les centres de santé. Paradoxalement, ce sont

⁵⁷ Malade gardant le lit.

des gens qui se sentaient en bonne santé qui se présentaient les plus volontiers pour les soins médicaux. Pour pallier à cette situation, les responsables de la politique sanitaire à Brazzaville instaurèrent des campagnes d'éducation sanitaire préventive basée sur l'explication des causes de la maladie.

4 - Au niveau des dispensaires et de l'hôpital :

En 1921, les deux dispensaires de Bacongo et Poto-Poto implantés dans les deux quartiers indigènes de Brazzaville jouaient un rôle déterminant dans la réalisation des objectifs de la politique sanitaire. Les données statistiques révèlent que les Africains s'y rendaient assez nombreux. C'est ainsi que 941 consultations pour le dispensaire de Bacongo et 1568 pour le dispensaire de Poto-Poto⁵⁸ avaient été recensés⁵⁹.

Avec la prise en charge des trypanosomes par l'Assistance médicale indigène (AMI), l'hôpital général de Brazzaville recevait tous les cas des trypanosomes pour des soins gratuits. Ceux-ci concernaient les indigènes de l'A.E.F.

En 1923, les soins médicaux étaient donnés gratuitement aux indigènes de la colonie ou du groupe des colonies, s'ils sont indigents ou ayant un salaire inférieur à 80 francs par mois.⁶⁰ Le pouvoir colonial avait donc accordé les facilités d'accès à la médecine moderne à un grand nombre de Congolais. Il faut ajouter aussi que les tirailleurs et leurs familles ainsi que les fonctionnaires bénéficiaient d'avantages en matière de soins de santé. Par ailleurs, les indigènes employés dans l'administration coloniale et

⁵⁸ Rapport médical du Moyen-Congo, juillet 1926, *Archives nationales de Brazzaville*.

⁵⁹ S. Dianzinga, « Santé et maladie en situation coloniale... », op. cit. p.99.

⁶⁰ Arrêté du 07 août 1923 : rapport médical du Moye-Congo, GG 442, *Archives nationales de Brazzaville*.

les élèves avaient également droit aux soins gratuits pendant les consultations journalières.⁶¹

Dans le cas de la maladie du sommeil, les indigènes malades incurables étaient casés dans les hypnoseries pour suivre un traitement approprié et faciliter la tâche des agents paramédicaux. Le traitement le plus couramment utilisé au début pour combattre cette endémie était l'Atoxyl, un antibiotique.

5 - Au niveau de l'Institut Pasteur de Brazzaville :

Depuis 1906, l'Institut Pasteur avait participé aux recherches médicales notamment sur le traitement de la maladie du sommeil, de la variole, de la fièvre jaune, etc. dans le but d'endiguer et d'éradiquer à terme les grandes endémies. L'Institut Pasteur a fourni des vaccins et sérums. Il a contribué aux recherches épidémiologiques et réalisé les contrôles bactériologiques de la qualité des aliments et de l'eau. Il a aussi formé son personnel.⁶² En dehors de la maladie du sommeil, d'autres infections endémo-épidémiques étaient fréquentes à Brazzaville. C'est le cas, par exemple, du paludisme et de la variole.

Le paludisme était l'une des endémies les plus répandues. Par conséquent, il figurait parmi les priorités des autorités sanitaires de Brazzaville. Encore appelé "*malaria*", le paludisme faisait des ravages partout et ses conséquences étaient très dévastatrices, particulièrement chez les enfants de 2 et 5 ans. La lutte se faisait par un service d'assainissement et de lutte anti-larvaire qui avait en son sein des brigades anti-larvaires envoyées sur le terrain. Avec la mise en place de la politique sanitaire à

⁶¹ Arrêté du 07 août 1923, op. cit.

⁶² B. Toulhier (éd.), 1996, *Brazzaville la verte*. Congo, Brazzaville-Paris, Centre Culturel Français, Direction de l'inventaire p.17.

Brazzaville, le traitement était donné à titre préventif. Une note administrative recommandait la distribution gratuite, tous les mois, d'une dose de 0,25 centigramme de quinine aux seuls fonctionnaires européens et leurs familles vivant à Brazzaville.⁶³

La variole comptait aussi parmi les maladies endémiques qui menaçaient la vie des populations à Brazzaville. La variole est une maladie infectieuse éruptive due à un virus strictement humain. Elle est hautement contagieuse et se transmet le plus souvent directement d'homme à homme mais, parfois, par l'intermédiaire d'un objet contaminé sur lequel le virus peut survivre pendant très longtemps.⁶⁴ La variole se limitait progressivement aux régions tropicales. Elle donnait lieu à des poussées épidémiques de petite intensité. Les actions des médecins des foyers des colonies étaient déterminantes pour sa régression d'abord et pour son éradication ensuite. La lutte antivariolique reposait sur la vaccination qui était la seule méthode efficace. Cette lutte était faite par les équipes mobiles de l'AMI sous les directives des médecins de postes et des médecins auxiliaires autochtones.⁶⁵

S'agissant de la fièvre jaune, sa présence en AEF avait été signalée dans la première moitié du XIX^{ème} siècle. En revanche, c'est à partir de 1935 que les premières traces de la fièvre jaune se manifestent au Moyen-Congo. En cette année, deux cas de malades atteints de la fièvre jaune furent identifiés à Pointe-Noire et à Brazzaville. Le docteur Salem, deux ans après, isolait pour la première fois le virus amaril.⁶⁶

⁶³ Décision du 31 juillet 1924, *JO de l'AEF* du 15 août 1924, p.735, in S. Dianzinga, op. cit. p.101.

⁶⁴ [Http://www.asnom.org/fr/432_variole.html](http://www.asnom.org/fr/432_variole.html), consulté le 31 octobre 2009 à 9h01mn.

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ S. Dianzinga, « Santé et maladies en situation coloniale... », op. cit. p.96.

La lutte contre les maladies endémo-épidémiques reposait sur l'assainissement de l'environnement qui intégrait en son sein un certain nombre de dispositions. Parmi les plus en relief qui touchaient directement la vie de la population, il y avait l'obligation d'avoir des toilettes, le remplacement de la toiture de paille des maisons par la toiture en tôles, l'implication de la femme, mère de famille. Un accent particulier était mis sur la prise en compte de la femme parce que c'est par cette dernière que passe la réduction du fort taux de la mortalité infantile et aussi la qualité de l'environnement domestique en général.

II - LA PROTECTION DE LA MERE ET DE L'ENFANT INDIGENE

La famille est la cellule de base d'une société. Sa bonne ou mauvaise santé conditionne l'avenir de cette dernière. Dans le souci de promouvoir une meilleure qualité de vie, des structures spécialisées furent créées. Il s'agit, entre autres, de la Protection Maternelle Infantile (PMI) et de la Protection de la Mère et de l'Enfant Indigènes (PMEI). Ces deux services comme l'indiquent leurs noms avaient pour buts de protéger la santé de la mère et de l'enfant africain, de promouvoir une éducation sanitaire et sociale et de réduire la mortalité infantile qui ralentissait la croissance de la population. La mortalité infantile avait des incidences sur le taux d'accroissement naturel.⁶⁷ Le fort taux de mortalité était causé par le mauvais état sanitaire. C'est ce que révèle une correspondance du lieutenant-gouverneur du Moyen-Congo :

⁶⁷ Ibid., p.103.

*Les enfants indigènes ne sont pas l'objet des soins
suffisants.*⁶⁸

Cependant, les objectifs de la protection maternelle infantile ne pouvaient être réalisés que par un travail méthodique et efficace en s'efforçant de gagner la confiance des populations autochtones. La protection de la mère et de l'enfant africain intégrait aussi la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) comme la blennorragie, la syphilis, etc., responsables des avortements spontanés, des malformations chez les nouveau-nés et de la stérilité.⁶⁹

Mais, au fil du temps, l'œuvre de protection maternelle infantile commença à donner satisfaction au regard du nombre d'accouchements réalisé par le personnel médical et des consultations en constante progression. Cette progression est le résultat des activités des structures sanitaires qui se mettaient déjà en place avec l'application de l'arrêté du 19 décembre 1934 organisant un service de l'AMI en AEF mais surtout de la politique socio-sanitaire dont les bases furent jetées dès 1936 par le gouverneur général François Joseph Reste. Les autorités sanitaires voulaient surveiller les enfants par des soins prénataux et post-nataux. Car jusqu'en 1929, le Moyen-Congo faisait encore face à de sérieuses difficultés. Ainsi, on envisageait comme actions pendant la période prénatale :

- le dépistage des femmes enceintes et leur orientation vers les centres spécialisés ;
- le dépistage des troubles de la grossesse ;
- une surveillance accrue des grossesses normales et anormales ;
- une surveillance des maladies préexistantes ;

⁶⁸ Article 3 de l'arrêté du 28 novembre 1922, relatif à l'organisation du service d'hygiène de Brazzaville, GG 440, *Archives nationales de Brazzaville*.

⁶⁹ Celles-ci étaient souvent attribuées aux prostituées.

- une éducation sanitaire basée sur l'enseignement de l'hygiène corporelle, vestimentaire, alimentaire et celle de l'habitat et l'explication des causes des maladies qui donnera des résultats satisfaisants dans la lutte contre la malnutrition.⁷⁰

Pendant la période post-natale, il s'agissait :

- du dépistage des anomalies chez les nouveau-nés ;
- de la vaccination ;
- des conseils à la mère sur les soins et toilette de l'enfant, l'allaitement (hygiène des soins et l'habillement)
- d'établir une fiche pour chaque enfant afin de s'assurer de son évolution : taille, poids, etc.⁷¹

Une œuvre de protection de l'enfant et de la maternité est créée à Brazzaville par l'arrêté du 4 juin 1936. C'est dans ce contexte qu'était organisée la fête annuelle de l'enfance indigène destinée à montrer périodiquement et publiquement l'importance accordée par les autorités coloniales au rôle de la protection sociale de la mère au sein de la famille indigène. Pour ce faire, il mit un accent particulier sur le développement et le respect des conditions d'hygiène.⁷² La première fête de l'enfance indigène fut organisée le 22 juin au parc des expositions à Brazzaville et avait réuni beaucoup d'enfants. Vivres et vêtements furent distribués à cette occasion à titre de récompense aux mères prenant grand soin de leurs enfants.⁷³

Une seconde fête similaire à celle de l'enfance avait eu lieu à Brazzaville les 27 et 28 août 1938.⁷⁴ La PMEI avait joué un rôle important

⁷⁰ Mme Kiyala, E.O. n°3 du 23 décembre 2009 à Brazzaville.

⁷¹ Ibid.

⁷² *Livre d'or du centenaire de Brazzaville*, op.cit. p.27.

⁷³ GG F.J, Reste, op. cit. p.190.

⁷⁴ Ibid., p.191.

dans ce domaine de la politique sanitaire. Elle s'occupait de la femme enceinte, de l'accouchée et également des enfants. Une femme enceinte faisait l'objet d'une visite comportant au moins un examen obstétrical complet. Elle devait recevoir en même temps des conseils sur le régime alimentaire et sur l'hygiène corporelle, alimentaire, vestimentaire et celui de l'habitat.⁷⁵

III - LA PROMOTION DE L'HYGIENE ET DE SANTE PUBLIQUE

L'hygiène était l'un des aspects piliers de la politique sanitaire préventive dans l'éradication des foyers de maladies endémo-épidémiques qui menaçaient la santé des populations et dont les traitements étaient très attendus. Il est évident que la mise en place d'un système mobile d'hygiène préventive présentait des avantages considérables, avantages qui donnaient une valeur encore plus grande aux soins de santé primaires, grâce aux efforts accomplis par certains médecins et agents sanitaires dans le domaine de l'hygiène et de la prophylaxie des maladies transmissibles. Tout ceci poursuivait un but principal : réduire et rendre évitable les maladies endémo-épidémiques.

Les comités locaux d'hygiène, de santé et de salubrité publique dans toute l'AEF, désignés par le décret du 14 avril 1904⁷⁶ avaient joué un rôle déterminant dans la diminution des maladies. Ainsi, au sommet de chaque comité du territoire de l'AEF était placé un dirigeant de l'administration coloniale.

⁷⁵Mme Kata née Moussoungui Alphonsine, E.O. n° 10 du 15 août 2010 à Brazzaville

⁷⁶Journal officiel de la République française du 17 avril 1904.

A Brazzaville, le comité était constitué, outre le lieutenant-gouverneur du Moyen-Congo, du représentant du commandement militaire, le chef du service de la santé, le médecin chargé du service des travaux publics, un commerçant et un notable autochtone.⁷⁷

La promotion de l'hygiène et de la santé publique n'était pas seulement liée à l'éradication des endémies, pandémies, etc. ; elle concernait aussi le mauvais état sanitaire qui devrait être amélioré. C'est pourquoi, à partir 1909, dans une note circulaire, Martial Merlin, gouverneur général de l'AEF, recommandait de séparer les quartiers indigènes des quartiers européens, de débroussailler les alentours des quartiers africains, l'hygiène de l'habitation et une réorganisation sanitaire méthodique des services de voirie urbaine.⁷⁸ Les maisons construites en toit de paille allaient être interdites.⁷⁹ Les autorités sanitaires coloniales cherchèrent à améliorer l'état des maisons des citoyens africains :

*Un contrôle plus théorique de l'habitat doit être fait. Nous n'avons plus ici une maison traditionnelle adaptée aux conditions de pays, mais une habitation bâtarde, plus ou moins copiée sur le modèle européen. Aération, l'hygiène du sol et de l'entretien sont absolument nécessaires.*⁸⁰

Ces visites étaient faites par le médecin municipal assisté par le commissaire de police de la colonie conformément à l'arrêté du 28 novembre 1922.⁸¹

⁷⁷ Note sur le comité local d'hygiène de Brazzaville, GG 440, *Archives nationales de Brazzaville*.

⁷⁸ Circulaire relatif à l'hygiène des escales indigènes, *JOCF*, 1909, p.216.

⁷⁹ Arrêté du 1^{er} juillet 1931 portant modification à l'arrêté du 12 décembre 1922 : réglementation de la voirie urbaine à Brazzaville, GG 445, *Archives nationales de Brazzaville*.

⁸⁰ M. Soret, op. cit. p.135.

⁸¹ Article 3 de l'arrêté du 28 novembre 1922, relatif à l'organisation du service d'hygiène de Brazzaville, GG 440, *Archives nationales de Brazzaville*.

Ce souci d'améliorer les conditions sanitaires poursuivaient également, en arrière-plan, un objectif économique. Les colonies devaient soutenir la métropole pendant les deux guerres mondiales et l'aider par la suite à réaliser sa relance économique. A cet effet, Brazzaville, en sa qualité de capitale du Moyen-Congo et de l'Afrique Equatoriale Française, eut un rôle important à jouer. Mais, elle a eu aussi le privilège de bénéficier avant les autres villes et colonies de l'Afrique centrale des retombées des changements dans la politique coloniale. C'est le cas des réformes impulsées par la conférence de Brazzaville de 1944 dans le domaine de la santé. Il nous a paru donc intéressant de nous poser la question de savoir quel fut le bilan de cette politique sanitaire coloniale sur la population de Brazzaville ? C'est à cette question que la troisième partie tente de répondre.

TROISIEME PARTIE

BILAN DE LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE DE 1906 A 1960

La troisième partie de ce travail fait un bilan de la politique sanitaire appliquée à Brazzaville et son influence sur les populations autochtones de Brazzaville au niveau de leur mode de vie. Elle essaie de l'apprécier d'abord pour la période de l'entre deux guerres mondiales. Cette troisième partie traite également des différents apports de l'action sanitaire aux populations autochtones de Brazzaville.

CHAPITRE V : LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE DANS LA PERIODE DE L'ENTRE DEUX-GUERRES

Ce chapitre se propose d'éclairer l'évolution de la politique sanitaire à Brazzaville dans la période d'entre deux guerres.

I - LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE APRES LA PREMIERE GUERRE MONDIALE

Au sortir de la première Guerre mondiale, l'état sanitaire des populations autochtones et européennes était précaire. La persistance des maladies endémo-épidémiques eurent comme conséquence l'augmentation du taux de mortalité. La priorité de lutter et de remédier aux dangers qu'encouraient les populations de Brazzaville était devenue un objectif à court et moyen terme. Dès les débuts de l'implantation économique, Brazzaville eut la chance de se voir doter des principales infrastructures sanitaires et d'un personnel médical qualifié. C'est là aussi que travaillaient les autorités de l'administration sanitaire. Elle y avait installé leur siège. La relation étroite entre la santé et l'exploitation des ressources économiques du Moyen-Congo était un aspect important de la politique coloniale au lendemain de la Première Guerre mondiale, comme la montre à juste titre Scholastique Dianzinga:

*La diminution ou la stagnation démographique de la population autochtone serait une insuffisance de la main-d'œuvre.*⁸²

Dans toutes les colonies françaises, le problème humain dominait tous les autres problèmes. L'administration coloniale opta donc pour la mise en place de la politique de « conservation, de protection et d'amélioration »

⁸² S. Dianzinga, « Santé et maladies en situation coloniale... », op. cit. p.101.

pour les indigènes les plus exposés et les plus touchés.⁸³ Pour cela, il fallait améliorer les conditions d'assistance médicale et surtout promouvoir des mesures de santé préventive afin d'enrayer les grandes endémies, principales causes de mortalité.

Il faut signaler que jusqu'ici un service médical digne de ce nom et une vraie infrastructure manquaient à cette politique sanitaire. En effet, après la première Guerre mondiale, l'hôpital général de Brazzaville ne comptait alors que 16 lits pour les Européens et 44 lits pour les indigènes.⁸⁴ Face à cette situation qui contribuait à détériorer les conditions d'hygiène et favorisait la promiscuité, il fut, par exemple, difficile d'admettre d'autres malades à l'hôpital du fait de l'afflux des tirailleurs sénégalais recrutés pour défendre la métropole pendant la Première Guerre mondiale.

Pour augmenter la capacité d'accueil de l'hôpital, les autorités sanitaires créèrent un hôpital indigène local annexe aux conditions déplorables. Cet hôpital local ne comptait que 32 lits et un pavillon de contagieux de 3 lits seulement.⁸⁵ A cela s'ajoute les effectifs insuffisants du personnel médical : un médecin inspecteur principal et six médecins du service de santé générale. De même, le manque de sages-femmes et l'inexistence d'une maternité indigène freinaient l'amélioration de la situation sanitaire des populations africaines.

Dans les années 1930, la question la construction d'un hôpital mixte européen et indigène de 200 lits avec une maternité était au centre des

⁸³ Supra.

⁸⁴ *Livre d'or du centenaire de Brazzaville*, op. cit. p.23.

⁸⁵ Ibid., p.24.

préoccupations de l'administration coloniale. A cette époque, Brazzaville avait une population estimée à 20.000 habitants.⁸⁶

II - LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE APRES LA SECONDE GUERRE MONDIALE

Au lendemain de la deuxième Guerre mondiale, la question de la santé connaît un tournant décisif. Les contraintes coloniales comme l'impôt, le travail forcé imposées surtout dans le cadre de l'effort de guerre avaient détérioré l'état de santé des indigènes exposés à la faim et aux intempéries lors de la récolte du caoutchouc dans des forêts. Le contexte politique et militaire de l'époque ne pouvait pas permettre d'améliorer la situation. En effet, les dépenses de santé et le personnel médical européen subirent plutôt une forte réduction.⁸⁷

Il fallut attendre la conférence de Brazzaville tenue du 30 janvier au 08 février 1944, conférence qui réunissait tous les gouverneurs d'Afrique. Au cours de celle-ci, quelques évolués envoyèrent des rapports qui furent lus au cours d'une séance consacrée au problème de l'assistance médicale et sociale des indigènes.⁸⁸ A cette conférence, un certain nombre de recommandations devaient donner un nouveau départ à la politique sanitaire à Brazzaville. L'Africain, ses aspirations, ses faiblesses et ses besoins étaient au centre des débats.⁸⁹ En effet, ayant compris que "le développement de la race" était le point de départ des discussions et, constatant que "l'amélioration des conditions sanitaires et des solutions liées au problème

⁸⁶ Supra.

⁸⁷ S. Dianzinga, « Santé et maladies en situation coloniale... », op. cit. p.104.

⁸⁸ E. Mbaloula, op. cit. p.57.

⁸⁹ Discours d'ouverture de la conférence de Brazzaville de M. Pleven, commissaire aux colonies, cité par Laurent Gbagbo in Réflexion sur la conférence de Brazzaville, Yaoundé, Editions Clé, 1978, p.63, in S. Dianzinga, « Santé et maladies en situation coloniale... », op. cit. p.104.

démographique" n'étaient plus seulement d'ordre économique ; la confiance, par la commission du plan d'hygiène et de santé mentionna dans ces recommandations la réorganisation du service de santé afin de rendre plus intense les dépistages et les traitements des fléaux endémo-épidémiques et sociaux.

C'est par l'arrêté n°2204 du 24 octobre 1945 qu'un nouveau Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) chargé de la lutte contre les grandes endémies et de la médecine sociale fut créé.⁹⁰

Le SGHMP avait aussi la mission de collecter toute la documentation concernant les affections endémiques, épidémiques et sociales, et d'étudier les problèmes intéressant l'hygiène en général. Sa direction se trouvait à Brazzaville.⁹¹ L'hôpital général qui présentait jusqu'ici une architecture en style de pavillon ne répondait plus. C'est ainsi qu'on entreprit la construction, dès 1955, d'un nouvel hôpital général fédéral en remplacement de celui construit en 1911. L'appel d'offre lancé à cet effet fut remporté par les architectes J.H. Calsat et Ch. Berthelot.⁹² Cet hôpital général dont les travaux avaient effectivement commencé en 1949 va voir une première tranche terminée en 1953.⁹³ Mais, ce n'est qu'à partir de 1957 que l'ensemble sera achevé. Il commença à recevoir ces premiers malades le 12 mars 1958. Il disposait à son ouverture de 731 lits.⁹⁴

A cette construction vint s'ajouter de nouvelles unités. L'existence de toute cette infrastructure au Moyen-Congo et, plus précisément à Brazzaville, avait eu un impact non négligeable sur la santé des populations

⁹⁰ S. Dianzinga, « Santé et maladies en situation coloniale... », op. cit.

⁹¹ Ibid.

⁹² B. Toulhier, op. cit. p.16.

⁹³ Ibid.

⁹⁴ *La semaine de l'AEF*, n°297 du 11 mai 1958, p.1-3.

locales. Des instituts de recherches furent également créés après la seconde Guerre mondiale. C'est ainsi qu'en juillet 1945, André Bayardelle posa la première pierre de l'institut Pasteur. Achevée en 1948, le bâtiment construit par l'architecte Roger Erell s'élevait à l'emplacement de celle de 1908.

En 1946, on installa dans les locaux de l'ancien Centre de recherches ethnologiques de la réserve forestière l'Institut d'études centre-africaines devenu l'Organisation de Recherches Scientifiques et Techniques d'Outre-mer (ORSTOM).⁹⁵ Cet institut faisait les recherches dans plusieurs domaines notamment dans les sciences humaines et naturelles. En 1960, la République du Congo, connaissait une situation sanitaire appréciable par rapport aux autres anciens territoires de l'AEF. Elle disposait à cette époque de 5,4 lits pour 1.000 habitants tandis que la moyenne était de deux lits pour tous les pays voisins.⁹⁶ Lorsque la République du Congo naquit, l'héritage dont il bénéficiait était double : il est matériel et culturel.

⁹⁵ B. Toulhier, op. cit. p.17.

⁹⁶ Europe France Outre-mer, n°418-1964 : "Les investissements du FAC", p 20, in E. Mbaloula, op. cit. p.59.

Photo n°8 : Un des bâtiments du Centre de recherche ethnologique de la réserve forestière, l'institut d'études centrafricaines qui deviendra (ORSTOM).



Source : B. Toulhier, Ibid., p.17.

Les deux guerres mondiales ont eu une influence considérable dans l'exécution de la politique sanitaire au Moyen-Congo. La conséquence la plus immédiate est le ralentissement des financements, au-delà des efforts fournis dans l'amélioration des capacités d'accueil dans les centres de santé. Mais au sortir de la seconde guerre, l'administration chercha à améliorer la situation sanitaire dans le cadre de la nouvelle politique coloniale mise en œuvre.

CHAPITRE VI : L'IMPACT DE LA POLITIQUE SANITAIRE SUR LA POPULATION DE BRAZZAVILLE

Ce chapitre tente de dégager l'impact qu'a eu la politique sanitaire sur l'évolution de Brazzaville et la vie de ses habitants. Nous aborderons notre travail autour de trois volets. Le premier porte sur l'héritage structurel ; le deuxième traite de la maîtrise des maladies locales et le dernier évoque le problème de la dualité entre la médecine occidentale et la médecine traditionnelle.

I - L'HERITAGE STRUCTUREL COLONIAL

Au lendemain de l'indépendance, la jeune République n'a pas encore défini son programme de développement national. Le domaine de la santé se retrouva en période transitoire qui était, en fait, la continuité du programme colonial avant de se démarquer progressivement. Un ministère de la santé fut créé. Le premier titulaire fut le docteur Moe Poaty.⁹⁷

A cette période, le pays était encore sous le joug de plusieurs années de colonisation pendant lesquelles la population congolaise en général et celle de Brazzaville en particulier avait été longtemps tenue en arrière plan, comme des êtres incapables de prendre leur destin en main dans le domaine qui nous intéresse, celui de la lutte contre les maladies endémo-épidémiques et la maladie du sommeil.

Devenu Etat indépendant, le Congo a hérité de tout le patrimoine colonial implanté à Brazzaville grâce à son rôle joué pendant la colonisation

⁹⁷ E. Mbaloula, op. cit. p.63.

comme capitale du Moyen-Congo et de l'AEF.⁹⁸ Dans ce cadre, les infrastructures construites pour la réussite de la politique sanitaire mise en place à Brazzaville de 1906 à 1960, constituent un "précieux héritage structurel". Ce patrimoine n'était pas en réalité seulement structurel, il était aussi architectural. Ces constructions tranchent, en effet, avec des maisons en terre cuite et en paille des autochtones. Avec la politique sanitaire mise en place de 1906 à 1960, outre l'héritage matériel, c'est-à-dire touchant le domaine des infrastructures sanitaires, il faut évoquer l'adoption des techniques et traitements médicaux occidentaux ainsi que la formation des agents sanitaires indigènes comme l'une des priorités. En effet, l'introduction de la médecine moderne dans la vie des Congolais changea de façon considérable beaucoup d'habitudes. Des notions comme l'hygiène sanitaire, la prévention des maladies, le rapport entre l'homme et l'environnement, entre autres, rentraient de plus en plus dans les préoccupations des populations. C'est ainsi que la moustiquaire faisait désormais partie des éléments nécessaires pour avoir une vie saine. On peut parler de l'adoption d'un nouveau lexique et d'une nouvelle culture par le biais de la question de la santé.

II - LA MAITRISE DES MALADIES LOCALES

Nous entendons par "maladies locales" toutes maladies endémo-épidémiques et contagieuses existant uniquement dans les pays tropicaux. Le souci du colonisateur fut d'en avoir une meilleure connaissance afin de les prévenir et soigner les malades pour arriver à réduire leur intensité ou les éradiquer. Dès leur arrivée à Brazzaville, les Européens étaient confrontés aux « maladies locales ». Certaines étaient déjà connues et soignées, des médicaments existaient. Ce fut le cas du paludisme puisque dans leurs

⁹⁸ F. S. Bouka, E.O. n°5 du 21 avril 2010 à Brazzaville.

bagages les explorateurs prévoyaient toujours la quinine. Les maladies dites "locales" posaient de sérieux problèmes parce que l'environnement tropical humide constituait un terreau pour leur développement. Le changement de contexte imposa d'autres exigences à la fois matérielles et structurelles pour maîtriser celles qui l'étaient déjà, à l'exemple de la maladie du sommeil ou du pian. C'est donc toute une politique nouvelle, des stratégies nouvelles qu'il fallait mettre en place. Un tel dispositif devait prendre nécessairement du temps et les résultats ne pouvaient être escomptés que dans le moyen et long terme. Par conséquent, un certain nombre de maladies n'ont commencé à reculer qu'après l'indépendance. D'où la mise en place, par les nouvelles autorités, d'une politique basée sur "la promotion de la médecine préventive ». Pour ce faire, on avait prévu dans le budget d'investissement de l'Etat congolais les moyens nécessaires en vue :

- d'un maintien obligatoire de vaccinations et du soutien à des vaccinations non obligatoires ;
- de faire une campagne de lutte contre les maladies endémo-épidémiques y compris les MST ;
- de l'achat de véhicules afin de mieux battre campagne ;
- de l'achat de médicaments spécifiques et d'insecticides, larvicides et ingrédients.⁹⁹

⁹⁹ E. Mbaloula, op. cit p.104.

III - LA RELATION ENTRE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET LA MEDECINE OCCIDENTALE : COHABITATION OU EXCLUSION ?

Plusieurs définitions existent sur la médecine traditionnelle. Celle du Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS nous paraît plus proche de la réalité :

La médecine traditionnelle africaine est l'ensemble des pratiques, mesures, ingrédients, interventions de tous genres ; matérielles ou autres qui ont permis aux Africains depuis toujours de se prémunir contre la maladie, soulager ses souffrances et de se guérir.

la médecine traditionnelle africaine est aussi considérée comme l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques, explicables, ou non, pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération, oralement ou par écrit.¹⁰⁰

L'implantation de la médecine occidentale n'avait pas, même en ce milieu urbain qu'est Brazzaville, réussi à faire disparaître les pratiques médicales traditionnelles. Si les Européens faisaient confiance aux médecins et fréquentaient les hôpitaux pour leurs problèmes de santé, les Congolais avaient souvent le choix entre les deux médecines ou les utilisaient de manière complémentaire. Il faut rappeler que chaque type de médecine renvoie à une culture et une vision du monde. Ainsi, les pratiques ou méthodes de la médecine traditionnelle relèvent de la culture des différents groupes ethniques du Congo. De plus, elles sont spéculatives, c'est-à-dire, basées sur des diagnostics difficilement vérifiables. Cela ne veut pas dire que

¹⁰⁰ Définitions données par l'OMS, Bureau régional pour l'Afrique, 1976 in "*Médecine traditionnelle africaine*", Brazzaville, p.3-4.

la médecine traditionnelle est inefficace. Bien entendu, ses résultats étaient limités sur nombre de pathologies. Mais, pour le colonisateur qui s'était fixé pour objectif d'amener les colonisés à la civilisation, tout était mis en œuvre pour combattre les pratiques médicales traditionnelles. Les guérisseurs étaient assimilés à des charlatans qu'on désignait tous par l'appellation de « féticheur ». On ne peut pas parler d'exclusion d'un type de médecine. C'est donc en termes de cohabitation qu'il faut analyser les rapports entre les deux médecines. Les populations congolaises les utilisaient selon les cas et souvent au même moment : les patients se rendaient à l'hôpital avant ou après avoir consulté un devin ou un guérisseur. Ce sont les citadins qui avaient un niveau de vie et intellectuel bas qui appréciaient le plus les succès de la médecine traditionnelle, dans la mesure où ils se fondaient sur des considérations irrationnelles. Les épidémies, par exemple, étaient perçues comme des mauvais sorts jetés sur la société. Par ailleurs, la médecine traditionnelle était d'essence curative.

La médecine occidentale coloniale fut, quant à elle, une médecine préventive. En effet, elle était basée sur des principes dignes de foi, fondée sur des théories fiables et universellement reconnues. Avec l'implantation des organes spécialisés, fixes, et un personnel plus ou moins formé dans la lutte contre la maladie du sommeil et d'autres épidémies qui ravageaient les populations indigènes et européennes de l'ancienne capitale fédérale de l'AEF, la médecine moderne coloniale présentait un dispositif sanitaire beaucoup plus à même de venir à bout des problèmes de santé. La présence à Brazzaville des infrastructures sanitaires, l'application de certaines mesures sanitaires souvent dans la contrainte comme le dépistage des maladies, les vaccinations, etc., avaient fait évoluer la prise en charge des problèmes de santé. Pour un effet préventif et durable, on misa sur l'éducation dont les centres sociaux et l'école furent un maillon efficace.

CONCLUSION GENERALE

A travers cette étude consacrée à *La politique sanitaire à Brazzaville de 1906 à 1960*, nous avons voulu répondre à trois préoccupations majeures : pourquoi la France avait-elle décidé de mettre en place une politique sanitaire au Moyen-Congo en général et à Brazzaville en particulier ? Quelles sont les infrastructures de base qui l'ont soutenue ? Quel bilan peut-on tirer ?

Lorsque la France prend possession de la colonie du Moyen-Congo, les populations indigènes ne comptent que sur la médecine traditionnelle. Les conditions d'hygiène sont déplorables. Des maladies endémo-épidémiques sévissent à Brazzaville et on compte déjà plusieurs cas de décès. La mise en place de la politique sanitaire à Brazzaville, capitale du Moyen-Congo, est l'une des premières mesures que prend la métropole. Cette politique eut donc comme objectif de soigner la population. Elle visait aussi à s'en servir comme main-d'œuvre nécessaire à la mise en valeur des ressources de la colonie du Congo.

Dans cette étude nous nous sommes efforcés de montrer que l'arrivée des professionnels médico-sanitaires, la formation du personnel paramédical indigène, la construction des infrastructures comme l'hôpital général et l'Institut Pasteur ont considérablement changé la conception des maladies comme le paludisme et la trypanosomiase qui, bien souvent, étaient considérés par les Congolais comme ayant des causes surnaturelles. Pour y parvenir, la métropole se lança dans la construction des infrastructures modernes. A côté des hôpitaux et centres de santé, on implanta des instituts et centres de recherche spécialisés dans certaines maladies. C'est notamment le cas de l'Institut Pasteur, de l'ORSTOM et du centre Raoul Follereau. Les campagnes de vaccination et d'assainissement de la ville de Brazzaville menées par les équipes mobiles ainsi que l'accent mis sur la femme ont

largement contribué à faire reculer les deux principales maladies que sont la maladie du sommeil et le paludisme. Seulement, les conséquences des deux guerres mondiales (1914-1918 ; 1939-1945) avec leur incidence financière firent ralentir le financement et, partant, la réalisation de beaucoup d'objectifs. Lorsque la conférence de Brazzaville décida de certaines mesures visant à améliorer la situation, on s'acheminait vers une nouvelle politique coloniale favorisant une certaine autonomie du Moyen-Congo qui supposait une prise en charge par les autochtones de leur destin. Quand le Moyen-Congo accéda à l'indépendance en août 1960, la République naissante ne changea pas aussitôt de politique sanitaire. Elle hérita des infrastructures, mais il se posait le problème de financement et de la formation des cadres.

Il faut souligner que la politique sanitaire n'aurait pas réussi à imposer ses nouvelles méthodes de traitement aussi rapidement avec succès si elle n'avait pas trouvé un relai local engagé : la femme, pilier de la cellule de base, mère de famille souvent nombreuse. Sans totalement vaincre les maladies endémo-épidémiques à la veille de l'indépendance du Moyen-Congo, le dispositif sanitaire déployé à Brazzaville avait réalisé des avancées significatives. Ces résultats louables doivent pourtant être nuancés. Au-delà de la gratuité de certains soins, au-delà des efforts fournis par les équipes de sensibilisation dans les quartiers de Brazzaville, la médecine moderne continuait à susciter des réticences de la part d'une bonne frange de la population. Cette dernière préférait, en effet, se tourner du côté de la médecine traditionnelle, mieux adaptée, semble-t-il, à la culture des populations locales. Les autorités sanitaires s'employèrent à gérer la coexistence de ces deux médecines.

En concentrant des efforts sur les deux villages indigènes Poto-Poto et Bacongo, la politique sanitaire n'a fait que suivre le développement de la ville et contribuer, du coup, au peuplement rapide de ces deux cités. Très vite, des mesures d'accompagnement vont être imposées. Il s'agit entre autres de l'obligation d'avoir dans sa parcelle des toilettes décentes, le remplacement de la paille par les tôles dans la construction des maisons, de la réorganisation de la voirie. Ces mesures auront un impact réel sur la vie des populations.

Au nombre des acquis que révèle cette étude, il faut également mentionner la relation étroite entre le développement sanitaire et les visées économiques de la métropole. En effet, au sortir des deux guerres mondiales, la France avait besoin des matières premières qui lui faisait tant défaut pour relancer son économie et continuer à s'affirmer comme une grande puissance parmi les nations européennes. La politique sanitaire reposait donc sur un fond économique. Ainsi s'est mis en place le triptyque : santé-main-d'œuvre-impôt.

**SOURCES ET REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

I- SOURCES

1- Les archives écrites

Les archives du Service des archives nationales du Congo (ANC). Ces archives sont conservées à Brazzaville. Nous avons consulté essentiellement le fonds du Gouvernement Général de l'AEF :

- GG 440 : note sur le comité local d'hygiène de Brazzaville.
- GG 440 : article 3 de l'arrêté du 28 novembre 1922, relatif à l'organisation du service d'hygiène de Brazzaville.
- GG 440 : lettre du Gouverneur général de l'AEF du 27 novembre 1920.
- GG 442 : arrêté du 7 août 1923 : rapport médical du Moyen-Congo, juillet 1926.
- GG 444 : rapport sur l'état sanitaire des camps de la main-d'œuvre du CFCO.
- GG 445 : arrêté du 1^{er} juillet 1931, portant modification à l'arrêté du 12 décembre 1922 : réglementation de la voirie urbaine à Brazzaville.
- Notice sur les villages suburbains de Brazzaville du 30 septembre 1912 du lieutenant gouverneur du Moyen-Congo, Centre de documentation de la Mairie de Brazzaville.

2- Sources numériques

- <http://www.asnom.org/fr/432-variole.html>
- <http://lemegicaldelareunion.com/medecine.htm>
- <http://www.troupesdemarine.org>.

3 - Sources publiées

Extrait du Rapport de la Mission d'Urbanisation et de l'Habitat au Congo, décembre 1974.

Journal Officiel du Congo Français de 1909 : circulaire relatif à l'hygiène des esclaves indigènes.

Journal Officiel de l'AEF du 1^{er} mai 1930 : Arrêté du 29 mars 1930.

Journal Officiel de l'AEF du 1^{er} janvier 1935 : Discours d'ouverture du conseil d'administration de l'AEF prononcé par M. Edouard Renard, Gouverneur général de l'AEF, Session ordinaire de décembre 1935.

Journal Officiel de l'AEF du 1^{er} janvier 1935 : Arrêté du 19 décembre 1934 organisant le service de l'Assistance médicale indigène.

La Semaine de l'AEF, n° 297 du 11 mai 1958.

4- les Sources orales

Tableau des informateurs

N°	DATES	INFORMATEURS	AGE	STATUTS	LIEU DE RESIDENCE	SUJETS TRAITES
01	29/09/2009	Batantou Roger	72 ans	Médecin retraité des FAC	Brazzaville	La création du dispensaire adulte de Baongo ; la question du centre des sommeilleux et son emplacement
02	09/11/2009	Nsangoula Samuel	70ans	Dentiste, Diplômé d'Etat	Brazzaville	Le premier hôpital général de Brazzaville et son emplacement
03	23/12/2009	Kiyala	72 ans	Aide infirmière au Moyen-Congo	Brazzaville	La protection de la mère et l'enfant indigène
04	19/04/2010	Mpati Gérôme	59 ans	Chercheur au service de la médecine traditionnelle / Direction générale de la santé	Brazzaville	Influence de la politique sanitaire par rapport à la médecine coloniale face aux pratiques de la médecine traditionnelle
05	21/04/2010	Bouka François Serge	57 ans	Administrateur de santé	Brazzaville	L'héritage de la politique sanitaire à Brazzaville
06	09/05/2010	Malonga Jean Paul	63 ans	Professeur retraité de Lycée	Brazzaville	La question de l'impôt à Brazzaville et la définition du nom Tâ Ngoma
07	04/06/2010	Boukaka Régina	72 ans	Ménagère	Brazzaville	La question de deux dispensaires de Baongo et Poto-Poto et le rôle des équipes mobiles
08	22/06/2010	Malanda Albert Jacques	63 ans	Professeur de lycée retraité	Brazzaville	La question du dispensaire de puériculture de Poto-Poto
09	11/07/2010	Nkounkou Marcel Marroh	70 ans	Agent PTT à la retraite	Brazzaville	Les organes spécialisés de la politique sanitaire à Brazzaville
10	15/08/2010	Kata Née Moussoungui Alphonsine	76 ans	Aide infirmière retraité attachée au corps de santé de la colonie du Moyen-Congo	Brazzaville	La protection de la mère et de l'enfant indigène. Les soins donnés à la femme enceinte
11	17/08/2010	Bahamboula Grenard	74 ans	Paysan	Village Moutampa	L'école de formation pour le personnel indigène

II - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Ouvrages

BADO, Jean-Paul, 1996, *Médecine coloniale et grandes endémiques en Afrique 1900-1960* « lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose, Paris, Karthala, 432p.

CLEMENS, Jacques, 2004, *Mémoire en images. Congo-Brazzaville*, cap-sur-Loire, Alan Sutton,

COQUERY-VIDROVITCH, 1973, Catherine, *Le Congo au temps des compagnies concessionnaires 1898-1930*, Paris-La Haye, Mouton et Co., 598p.

GUERNIER, Eugène, (éd.), 1950, *Afrique Equatoriale Française*, Paris, Encyclopédie coloniale et maritime, 593p.

Livre d'or du Centenaire de Brazzaville, 1880-1980, Brazzaville, Editions Publi-Congo, 356p.

LE MAXI DICO, 2000, Dictionnaire de langue française, Paris, 2997p.

NDINGA MBO, Abraham Constant, 2006, *Savorgnan de Brazza, les frères Tréchet et les Ngala du Congo-Brazzaville (1878-1960)*, Paris, l'Harmattan, 281p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1976, *Médecine traditionnelle Africaine*, Brazzaville, OMS Bureau régional pour l'Afrique.

CLAIRE, Sœur, 1986, *les Sœurs de Saint Joseph de Cluny en Afrique 1886-1986*, Kinshasa, Imprimerie Saint Paul.

TOULIER, Bernard, (éd.), 1996, *Brazzaville la verte. Congo*, Brazzaville-Paris, Centre culturel français-Direction de l'inventaire, 48p.

VANSINA, Jan, 1961, *De la tradition orale*, 1ere Edition, Tervuren, M.R.C., Traduit et révisé sous le titre Oral Tradition as history, Madison of Wisconsin Press, 1985, 179p.

VASSAL, Gabrielle, 1925, *Mon séjour au Congo français*, Librairie Pierre Roger, Paris, 248 p.

ZIAVOULA, R., E. (éd.), 2006, *Brazzaville : une ville à reconstruire. Recompositions citadines*, Paris, Karthala, 351p.

2 – Thèses et mémoires

MABIALA-BAKALA, Paul, *Etude socio-historique de la trypanosomiase humaine dans le Niari supérieur 1800-1935*, Mémoire de DES en histoire, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, 127p.

MBALOUA, Edouard, 1981, *Essai sur l'évolution des hôpitaux congolais de la colonisation à nos jours (1880-1980)*, Thèse pour le Doctorat de 3^e cycle (Droit et Economie de la santé), Université de Paris-sud, 369p.

SORET, Marcel, 1954, *Démographie et Problèmes Urbains en AEF, Poto-Poto – Bacongo- Dolisie*, Mémoires de l'institut d'Etudes Centrafricaines n°7, Brazzaville, 134p.

3 - Articles

DIANZINGA, Scholastique, 1991, « Evolution d'une ville coloniale: cas de Brazzaville », *Cahiers Congolais d'Anthropologie et d'Histoire*, n° 12, p.93.

— 2009, « Santé et maladie en situation coloniale : l'exemple du Moyen-Congo (1908-1958) », *Annales de l'Université Marien Ngouabi, Lettres et Sciences Humaines*, vol.10, n°1, Année 2009, p.92-107.

ANNEXES

ANNEXE 1 : JO AEF du 1^{er} janvier 1935

Arrêté du 19 décembre 1934 organisant le service de l'assistance médicale indigène en AEF, pp. 50, 51, 52.

50

JOURNAL OFFICIEL DE L'AFRIQUE EQUATORIALE FRANÇAISE

1^{er} Janvier 1935.

ARRÊTÉ organisant le service de l'Assistance médicale indigène.

LE GOUVERNEUR GÉNÉRAL DE L'AFRIQUE EQUATORIALE FRANÇAISE, OFFICIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR,

Vu le décret du 15 janvier 1910 portant création du Gouvernement général de l'A. E. F., modifié par les décrets des 21 juillet 1925, 2 février 1928, 22 octobre 1929 et 21 novembre 1932, 30 juin 1934 et 5 août 1934 ;

Vu les lois du 30 novembre 1892 modifiée par celle du 14 avril 1910, et les lois du 15 juillet 1921 et 21 avril 1933, relatives à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire et les décrets des 17 août 1897, 9 juin 1915, 12 janvier 1922 et 23 juillet 1933, rendant les lois précitées applicables aux colonies ;

Vu la loi du 15 février 1902, relatives à la protection de la santé publique ;

Vu le décret du 4 novembre 1903, relatif au fonctionnement du service de Santé aux colonies ;

Vu l'arrêté du Ministre des Colonies, en date du 7 février 1911, fixant le mode de déclaration des maladies dont la déclaration est obligatoire, complété par l'arrêté du 11 août 1917 ;

Vu le règlement du 2 août 1912 sur le fonctionnement des services médicaux, hospitaliers et régimentaires aux colonies ;

Vu les circulaires ministérielles (Colonies) en dates des 18 octobre 1909, 2 août 1911, 8 juin 1925 relatives aux conditions dans lesquelles les médecins des troupes coloniales peuvent pratiquer la médecine civile ;

Vu la circulaire ministérielle (Colonies) en date du 30 décembre 1924 prescrivant de réorganiser et de développer les services de médecine préventive, hygiène et assistance aux colonies ;

Vu le décret du 4 mai 1927 modifiant le régime administratif et financier des établissements hospitaliers du service général aux colonies ;

Vu le décret du 26 juin 1928 portant organisation des troupes coloniales et fixant les cadres et effectifs des troupes ;

Vu le décret du 27 décembre 1928 portant règlement de police sanitaire et maritime aux colonies, pays de protectorat et territoires sous-mandat rattachés aux Ministères des Colonies ;

Vu l'instruction ministérielle (Guerre) en date du 20 février 1929, modifiée le 15 mars 1933 sur l'organisation et le fonctionnement de la section mixte des infirmiers militaires des troupes coloniales dans la Métropole et à l'extérieur ;

Vu le décret du 6 avril 1930 portant règlement d'administration publique sur l'organisation du service de santé des troupes coloniales ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 1925, portant réorganisation du corps des infirmiers indigènes de l'A. M. I. ;

Vu l'arrêté du 4 avril 1931 réorganisant le personnel infirmier indigène du service de la trypanosomiase ;

Vu le décret du 7 octobre 1932 réintégrant le service de prophylaxie de la trypanosomiase dans le service général de l'Assistance médicale indigène de l'A. E. F. ;

Vu la D. M. (Colonies) n° 5.481-1/s, en date du 7 août 1933, relative à la vérification en décembre 1933, janvier 1934, par une mission d'inspection des colonies des formations hospitalières dans le Moyen-Congo ;

Vu les décrets du 30 juin 1934 et 5 août 1934 relatifs à la réorganisation administrative de l'A. E. F. ;

Vu l'arrêté n° 1.348 du 14 octobre 1934 promulguant les décrets du 30 juin et 5 août 1934 relatifs à la réorganisation administrative de l'A. E. F. ;

Vu l'arrêté en date du 15 novembre 1934 déterminant l'organisation territoriale en A. E. F. ;

Sur la proposition du médecin général, inspecteur général des services sanitaires et médicaux civils de l'A. E. F. ;

Le Conseil d'Administration entendu dans sa séance du 19 décembre 1934,

ARRÊTE :

A. — But et constitution générale du service de l'Assistance médicale.

Art. 1^{er}. — L'Assistance médicale a pour objet :

Les soins aux indigènes dans les établissements hospitaliers et autres formations sanitaires, spécialisées ou non, et, exceptionnellement, à domicile ;

La protection de la santé publique par l'hygiène, la médecine sociale et la prophylaxie des maladies contagieuses ou épidémiques.

Sont, de plus, rattachées au service de l'Assistance médicale ;

La police sanitaire des frontières maritimes, terrestres et aériennes ;

Le contrôle médical de l'assistance sociale qui s'exerce pour les œuvres de bienfaisance publique ou privées.

Art. 2. — Le service de l'Assistance médicale s'exerce par le moyen :

D'un personnel qui lui est propre ;

D'établissements spéciaux.

Art. 3. — Le personnel visé à l'article précédent comprend :

Médecins civils contractuels ;

Médecins militaires et médecins civils chargés accessoirement d'un service ;

Médecins militaires, placés hors cadres ;

Infirmiers, infirmières, agents d'hygiène des cadres locaux ;

Infirmiers, infirmières, sages-femmes, agents sanitaires contractuels ;

Infirmières du service général des colonies ;

Infirmiers, placés hors cadres, de la section mixte des infirmiers militaires des troupes coloniales.

Le Gouverneur général met, sur leur demande, à la disposition des chefs de régions le personnel ci-dessus, autorise son admission dans les cadres ou son engagement par contrat.

Art. 4. — Les établissements spéciaux de l'article 2 sont représentés par :

- Etablissements du service général ;
- Etablissements des services locaux ;
- Lazarets maritimes et lazarets terrestres, aérodromes supplémentaires.

Les établissements du service général sont ceux énumérés à l'article 1^{er} du décret du 4 mai 1927 relatif aux établissements hospitaliers du service général en A. E. F. et promulgué par arrêté du Gouverneur général du 14 juin 1927. Ils relèvent sous la haute autorité du Gouverneur général directement du directeur du service de santé, inspecteur général des services sanitaires et médicaux de la Colonie pour tout ce qui concerne leur fonctionnement financier, administratif et technique qui demeure fixé par le décret du 4 mai 1927 précité.

Les établissements des services locaux comprennent :

Les hôpitaux autonomes ou quartiers d'hospitalisation de l'Assistance Médicale Indigène annexés aux hôpitaux du service général ;

- Les ambulances de l'A. M. I. ;
- Les dispensaires de l'A. M. I. ;
- Les postes sanitaires de l'A. M. I. ;

Les formations spécialisées de l'A. M. I. (hypnoseries, léproseries, etc...) les asiles mixtes d'aliénés ou d'incurables ; en général, tous organes à fins thérapeutiques ou prophylactiques ;

- Les laboratoires ;
- Les pharmacies d'approvisionnement ;
- Les magasins de matériel sanitaire.

Les lazarets maritimes et terrestres, les aérodromes sanitaires sont rattachés pour ordre au service de l'Assistance Médicale Indigène ; il peut dans des cas d'espèce en être décidé autrement par le Gouverneur général.

La formation hospitalière située au siège de la région (Libreville, Bangui, Fort-Lamy) hôpital, ambulance de l'ancienne appellation, est classée désormais hôpital. Toutefois à Brazzaville, l'hôpital du service général avec quartier spécial d'A. M. I. réservé aux indigents prend l'appellation d'hôpital général.

Le médecin chef du département sanitaire, est médecin de l'hôpital ou de l'hôpital général du chef-lieu.

En raison de l'importance particulière de la ville et du port de Pointe-Noire, l'ambulance de Pointe-Noire est exceptionnellement classée hôpital, le médecin chef du département sanitaire correspondant est médecin chef de cet hôpital.

La formation principale du département sanitaire, infirmerie, dispensaire, poste de l'ancienne appellation, située autant que possible au chef-lieu du département est classée désormais ambulance : le médecin chef du département sanitaire correspondant est médecin chef de l'ambulance.

La formation placée hors du chef-lieu du département, en des points particulièrement importants par le chiffre et le mouvement de la population, par l'activité économique particulière du lieu, dispensaire ou poste médical de l'ancienne appellation, est classée désormais dispensaire : un docteur en médecine ou à défaut un sous-officier de la section mixte des infirmiers militaires, un agent sanitaire y assurent l'exécution du service, avec un ou deux infirmiers indigènes, sous le contrôle mobile du médecin chef du département sanitaire.

La formation en position temporaire, en des points divers du territoire, pour répondre aux nécessités de la surveillance sanitaire et de l'extension progressive excentrique du service de l'Assistance Médicale Indigène, poste médical de l'ancienne appellation, est classée poste

sanitaire : un infirmier indigène du cadre local seul ou doublé est en principe chargé sous le contrôle mobile du médecin chef du département sanitaire de l'exécution du service dans le poste sanitaire.

Les formations spécialisées de l'A. M. I., hypnoseries, léproseries, asiles d'aliénés ou d'incurables et tous autres organes, temporaires ou définitifs, à fins thérapeutiques ou prophylactiques, les laboratoires, les pharmacies locales d'approvisionnement, les magasins locaux du matériel sanitaire, et de même les lazarets maritimes et terrestres, les aérodromes sanitaires, conservent leur appellation respective : elles sont réparties sur le territoire du département sanitaire d'après les intérêts à desservir.

Art. 5. — Des locaux aménagés à cet effet, sont réservés dans les hôpitaux et les ambulances de l'A. M. I. pour le traitement, à charge de remboursement, des fonctionnaires, militaires, employés et agents européens et assimilés, des services civils et militaires de la Colonie, ainsi que leurs familles, des colons, des indigènes et, en général, de toute personne de passage, en mission ou en résidence dans le pays qui ne pourrait se procurer ailleurs les soins nécessaires.

Art. 6. — Les établissements du service général sont créés ou supprimés par décision ministérielle.

Les lazarets maritimes, les aérodromes sanitaires sont créés ou supprimés par décision du Gouverneur général.

Les hôpitaux et ambulances de l'A. M. I., les hypnoseries, les léproseries, les asiles mixtes d'aliénés, les asiles d'incurables, les laboratoires, les pharmacies d'approvisionnement, les magasins de matériel sanitaire, sont créés ou supprimés par décision du Gouverneur général, sur la proposition des chefs de région.

Tous autres organes sont créés ou supprimés sur la proposition du médecin chef du département sanitaire par décision du chef de la région qui rend compte au Gouverneur général.

B. — Organisation et fonctionnement du service de l'Assistance médicale

Art. 7. — Le service de santé chargé de réaliser les buts de l'Assistance médicale est constitué :

D'un organe de direction ;

D'un organe d'exécution ;

L'organe de direction est représenté par l'inspection générale des services sanitaires et médicaux ;

L'organe d'exécution est le département sanitaire.

Art. 8. — Le médecin le plus gradé ou le plus ancien dans le grade est médecin chef du département sanitaire dans lequel réside le chef de la région.

Il est en même temps le conseiller technique du chef de la région pour toutes les questions concernant l'assistance médicale et la police sanitaire.

Sa désignation est prononcée par le Gouverneur général sur la proposition de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux.

Art. 9. — Il reçoit et transmet, confidentiel, avec son avis, au chef de la région les procès-verbaux des séances et les propositions de la Commission de rapatriement.

Il délègue et donne suite aux réquisitions des autorités administratives et judiciaires.

Il désigne les médecins habilités pour les expertises médicales des dossiers de pensions et est président de la Commission de réforme.

L'inspecteur des services sanitaires et médicaux peut lui déléguer ses pouvoirs pour toute mission médicale ou administrative à accomplir dans le ressort de la région.

Art. 10. — Les limites du département sanitaire sont, en principe, celles du département administratif.

Le médecin chef du département sanitaire est désigné par le Gouverneur général sur la proposition de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux. Dans des cas particuliers, ou faute de personnel, un seul médecin peut être chargé de plusieurs départements sanitaires, le chef de la région décide alors du lieu principal de sa résidence. Il est sous les ordres techniques de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux et est placé sous la tutelle administrative du chef du département administratif, dont il est le conseiller technique. Il prend part, en cette dernière qualité, dans le département, aux conférences relatives aux travaux d'assainissement, voiries, adduction et inspection d'eau potable, destruction des matières usées, etc., à celles concernant les travaux de construction, d'appropriation, d'affectation, d'amélioration de tous locaux ou installation dont la nature, l'exploitation, l'emplacement pourraient à un titre quelconque intéresser la santé publique.

Il soumet au chef du département, qui décide, toutes désignations ou mutations jugées utiles au service, dans le personnel du département sanitaire.

Il est médecin chef de l'ambulance, administre ou fait administrer, sous sa responsabilité par le personnel de son service les dispensaires, postes médicaux et tous autres organes à fins thérapeutiques ou prophylactiques du ressort du département sanitaire. Dans des cas qui sont, chaque fois, désignés spécifiquement par le chef de région ou encore par le Gouverneur général, certaines formations spécialisées (hypnoseries, léproseries, lazarets, aérodromes sanitaires, etc.) peuvent être distraites, définitivement ou temporairement de ses attributions et relever directement de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux.

Le médecin chef du département sanitaire, reçoit les demandes de toutes sortes, les comptes rendus ou rapports de tous ordres, périodiques ou occasionnels, du personnel en service dans les formations de son territoire. Il adresse à l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux le rapport mensuel et le rapport annuel d'ensemble du département sanitaire. Il soumet les questions administratives et budgétaires au chef de la région. Pour les questions d'ordre technique et professionnel, il communique directement avec l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux.

Il a l'initiative, en ce qui concerne son personnel des propositions d'avancement ou de décorations qu'il adresse pour annotation et suite à donner, au chef du département. Il exerce le droit de punir dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Le rôle technique et professionnel du médecin chef du département sanitaire est le suivant :

Il est l'instructeur technique du personnel sous ses ordres. Il indique et coordonne le travail et s'assure de son exécution par des contrôles fréquents.

Il assure ou fait assurer le service médico-chirurgical dans les formations de son ressort et les soins médicaux à domicile dans les conditions déterminées après entente avec le chef du département en ce qui concerne les fonctionnaires et agents des administrations civiles et après entente avec le commandant militaire et le chef du département en ce qui concerne les militaires.

Pour les soins aux malades privés, il se conformera et fera se conformer son personnel aux règles d'honneur et de la déontologie médicale et aux prescriptions ministérielles à ce sujet.

Il se renseigne et se fait renseigner par son personnel sur l'état de la santé publique. Il fait, si les délais lui en sont donnés, d'entente avec le chef du département toutes propositions en conséquence à l'inspecteur des services sanitaires et médicaux, mais, en cas de nécessité urgente, de sa propre initiative il prend les premières mesures de circonstance pour la protection de la collectivité en rendant compte sans délai, d'urgence, au chef du département et à l'inspecteur des services sanitaires et médicaux des dispositions déjà en vigueur et de celles qui vont suivre.

Il veille ou fait veiller en tous lieux, à l'hygiène des lieux habités, des chantiers de grands travaux, des services de transport en commun.

Art. 11. — Toutes dispositions contraires au présent arrêté sont abrogées et notamment l'article 2 de l'arrêté du 30 juin 1927 fixant les détails d'application du décret du 4 mai 1927.

Art. 12. — Le médecin général, inspecteur général des services sanitaires et médicaux civils de l'A. E. F., le Gouverneur délégué, l'administrateur supérieur et le commandant de la région du Tchad, sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent arrêté qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1935, sera enregistré et communiqué partout où besoin sera.

Brazzaville, le 19 décembre 1934.

RENARD.

ANNEXE 2 : GG 442, *Archives nationales, Brazzaville.*
**Arrêté du 07 août 1923 fixant le tarif des soins médicaux
donnés aux indigènes.**

GOVERNEMENT GENERAL

Arrêté fixant le tarif des soins médicaux donnés aux indigènes.

Le Gouverneur Général de l'Afrique Equatoriale Française,

Vu le décret du 15 Janvier 1910, portant création du Gouvernement
Général de l'A.E.F.,

Vu l'arrêter du 11 Février 1923 pour l'application du décret du 4 Mai
1922, fixant le régime du travail en A.E.F. ;

Vu l'existence d'une formation sanitaire de l'assistance médicale
indigène au chef-lieu de chaque colonie et dans plusieurs centres ;

Après avis du médecin inspecteur des services sanitaires civils,

ARRETE ;

Art. 1^{er}.- Les soins sont donnés gratuitement aux indigènes de la
colonie ou du groupe d colonies s'ils sont indigents ou si leur salaire est
inférieur à 80 francs par mois.

Art. 2.- Les indigènes employés de l'Administration, les élèves des
écoles publiques et privées ont également droit aux soins gratuits à la
consultation journalière.

Art. 3.- Les soins donnés à un travailleur dans une formation
sanitaire

de l'Assistance médicale indigène sont à la charge des employeurs.

Art. 4.- Les tarifs sont fixés comme il suit :

Visite simple avec délivrance ou non de médicaments 0 francs 50 ;

Visite avec pansements 1 francs ;

Journées d'hospitalisations, soins et nourriture :

Indigènes au compte d'un employeur, ou particuliers à leurs frais 4 francs ;

Indigènes employés de l'Administration 2 francs ;

Indigène étrangers au groupe de colonies de l'A.E.F., à la solde d'un employeur ou à leurs frais 6 francs.

Art. 5.- Chaque mois un ordre de recette représentant le coût du traitement et établi en double expédition est adressé, l'un à l'employeur ou au chef de service, l'autre à la caisse d'avance de la colonie.

A l'ordre de cette recette est joint un bordereau détaillé indiquant les noms des employés traités, la date de chaque consultation ou pansement, le nombre des journées d'hospitalisation.

Art. 6.- Le paiement doit en être effectué à la caisse en d'avance au cours du mois suivant, à charge pour l'employeur (administration publique ou entreprise privée) de réclamer à l'intéressé la quote-part dont il peut être redevable suivant contrat ou règlement en vigueur.

Art. 7.- Pour les indigènes traités à leur frais, le remboursement à lieu aussitôt après la visite ou dès leur sortie de l'hôpital sur un bon établi par le médecin traitant, à la caisse du comptable de l'hôpital qui délivre un récépissé détaché d'un registre à souche.

Art. 8.- Si l'employeur fait appeler dans un camp de travailleurs un médecin de l'Administration il est redevable des indemnités de déplacement du médecin, du coup du transport, et du prix de chaque visite ou du pansement effectué par le médecin dans le camp.

Le recouvrement des sommes dues est poursuivi comme il est prescrit aux articles 5 et 6.

Art. 9.- Tous autres arrêtés antérieurs sur cet objet est rapportés.

Art. 10.- Le présent arrêté sera enregistré et communiqué partout où besoin sera. /.

Brazzaville, le 7 Août 1923

Signé : Victor AUGAGNEUR.

ANNEXE 3 : GG 445, Archives nationales, Brazzaville.

Arrêté du 1^{er} juillet 1931 modifiant l'arrêté du 12 décembre 22 réglementant la voirie urbaine à Brazzaville.

Affaires Civiles

ARRETE

N° 330.-
1922,

portant modification à l'arrêté du 12 Décembre
règlementant la voirie urbaine à Brazzaville.

Le Lieutenant-Gouverneur du Moyen-Congo
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vu le décret du 15 Janvier 1910, portant création du Gouvernement Général de l'A.E.F., modifié par les décrets des 21 Juillet 1925, 2 Février 1928 et 22 Octobre 1929 :

Vu l'arrêté du 12 Décembre 1922, règlementant la Voirie Urbaine à Brazzaville :

Vu les arrêtés des 17 Janvier et 22 Juin 1928 modifiant l'arrêté du 12 Décembre 1922 susvisé :

Vu l'article 3 du décret du 6 Mars 1877 portant que les dispositions du Code Pénal métropolitain sont rendues applicables dans les colonies autres que les Antilles et la Réunion :

Vu le décret du 19 Septembre 1924 déterminant les sanctions à appliquer en cas d'infraction aux arrêtés relatifs aux eaux stagnantes :

ARRETE :

SECTION 1.-

Ordures ménagères dépotoirs et entrepôts non autorisés.

ART. 1.- Tout dépôt d'ordures, de détritux, tout jet de papiers ou d'objets quelconques sur la voie publique, trottoirs, chaussées, terrains domaniaux, propriétés privées dépourvues de clôtures dissimulant la vue, sont interdits. Sont également interdits tous entrepôts de véhicules, tous ateliers en plein air non autorisés.

ART. 2.- Aucune ordure ménagère ne devra, sous peine de contravention, être gardée plus de quarante-huit heures dans les maisons d'habitation ou de commerce, leurs dépendances et jardins.

Toutefois dans les enclos privés, les détritux végétaux à l'exclusion de tous autres, pourront être déversés dans les fosses autorisées par l'Administrateur-Maire.

Les cadavres des petits animaux domestiques : chiens, chats, volailles etc... devront être enterrés.

ART. 3.- Toute maison d'habitation ou de commerce doit être munie d'une boîte en métal, d'une contenance maximum de 50 litres, avec couvercle fermant aussi hermétiquement que possible, destinée à recevoir les ordures ménagères de toute nature.

Il est interdit d'y déposer des matières fécales, des objets volumineux de quelque nature qu'ils soient, susceptibles d'empêcher la fermeture des récipients.

ART. 4.- L'Administrateur-Maire, sur avis du Service d'hygiène, fixera les emplacements des dépotoirs pour européens et indigènes, qui seront portés à la connaissance du public par voie d'affiches.

Les habitants des quartiers européens, qu'ils soient abonnés ou non au Service Municipal d'enlèvement d'ordures, ne peuvent exposer leurs récipients sur la voie publique qu'entre 7 heures et 12 heures.
Les habitants des agglomérations indigènes, des camps de tirailleurs de gardes régionaux, d'agents de police, devront vider eux-mêmes leurs ordures dans des dépotoirs spéciaux creusés à la périphérie des villages ou camps.

SECTION 11.-

VIDANGES

"ART. 5.- Les Cabinets d'aisance des quartiers européens doivent être soigneusement clos, et tenus en parfait état de propreté. Leur sol doit être cimenté.

Toute nouvelle construction à usage d'habitation, devra être pourvue d'une fosse septique ou de tout autre système étanche assurant la désintégration et la désinfection des matières.

"ART. 6.- Dans les habitations existantes l'usage des tinettes appartenant aux particuliers ou fournies par l'Administration Municipale contre remboursement sera toléré.

Les tinettes seront vidées quotidiennement par les soins du service de la Voirie, aux frais des particuliers. Le déversement se fera de nuit dans des points convenablement choisis d'accord avec le service d'hygiène et devra être terminé à 8 heures.

"ART. 7.- Il est défendu d'uriner ou de déposer des ordures contre les édifices publics les bâtiments particuliers et sur la voie publique.

SECTION 111.-

Obligation des particuliers en ce qui concerne la voirie.

"ART. 8.- Tout propriétaire ou occupant d'un immeuble ou d'un terrain est tenu de les maintenir en parfait état de propreté et d'assurer le débroussaillage en particulier en bordure de la voie publique.

L'exposition de boîtes de conserves vides, de débris de vaisselles, de bouteilles cassées, de récipients de toute nature susceptibles de retenir l'eau est interdite.

Il est interdit de couper les bambous et bananiers qui doivent être arrachés. Le drainage des eaux stagnantes quelle que soit leur nature doit être assuré.

L'usage de récipients pour l'arrosage des jardins n'est toléré que si ceux-ci sont recouverts d'une toile métallique à maille très fine.

"ART. 9.- Aucune construction ne peut être édifiée à Brazzaville, ou subir de grosses réparations, sans une autorisation délivrée par l'Administrateur-Maire.

Dans les quartiers européens, les constructions en chaume sont formellement interdites.

Les eaux provenant des toitures devront être évacuées dans des caniveaux en maçonnerie permettant leur écoulement rapide, dans les collecteurs de la Ville.

Ces caniveaux qui ne peuvent être établis qu'après autorisation de l'autorité Municipale et aux frais des propriétaires devront sur toute leur longueur être nettoyés régulièrement par les occupants.

"ART. 10.- Les agglomérations indigènes doivent être nettement séparées et suffisamment éloignées des agglomérations européennes. Chaque maison européenne pourra, cependant, garder des boys pour son service et chaque maison de commerce des gardiens pour les magasins.

"ART. 11.-

"ART. 11.- Dans tout le périmètre urbain l'établissement d'écuries de parcs à bœufs, est subordonné à l'autorisation à l'autorisation préalable de l'Administrateur-Maire.

Le fumier doit être enlevé au moins tous les trois jours pour être transporté dans une fosse couverte à l'abri des mouches et étanche au purin.

Il est interdit d'élever des porcs, de laisser vaguer des animaux domestiques ou autres les propriétaires étant responsables de tous les dégats commis.

"ART. 12.- Les agents assermentés du Service d'Hygiène Urbaine sont autorisés à pénétrer dans les logements et à y constater par des procès-verbaux les contraventions au présent arrêté.

L'Administrateur-Maire de Brazzaville, le Chef de la Subdivision de Brazzaville, le Commissaire de Police, les Gendarmes et le Médecin chargé de l'hygiène urbaine sont également qualifiés pour dresser procès-verbal.

"ART. 13.- Les infractions au présent arrêté sont passibles des peines de simple police indiqués à l'article 471 du Code Pénal. Les infractions relatives aux eaux stagnantes seront frappées des peines prévues au décret du 19 Septembre 1924.

"ART. 14.- L'Administrateur-Maire, Chef de la Circonscription du Pool est chargé de l'exécution du présent arrêté qui abroge celui du 12 Décembre 1922 et les actes subséquents que l'ont modifié.

"ART. 15.- Le présent arrêté sera enregistré et communiqué partout où besoin sera.

Brazzaville, le 1er Juillet 1931
Signé: de SAINT FELIX.

Pour Copie Conforme
Brazzaville, le 6 Juillet 1931
L'Administrateur-Maire,
Chef de la Circonscription du Pool,



ANNEXE 4 : JO AEF du 1^{er} mai 1930

Arrêté du 29 mars 1930 autorisant l'engagement de femmes indigènes en qualité d'infirmières auxiliaires pouvant assurer le service des établissements hospitaliers locaux, des maternités et des postes locaux de sages-femmes indigènes, pp. 388-389.

LE LIEUTENANT-GOUVERNEUR P. I. DU MOYEN-CONGO CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR,

Vu le décret du 15 janvier 1910, portant création du gouvernement général de l'A.E.F., modifiés par les décrets des 21 juillet 1925, 2 février 1928 et 22 octobre 1920;

Attendu que l'essai d'utilisation de femmes indigènes en qualité d'infirmière, qui est fait à l'Hôpital de Brazzaville dans le but de former principalement des sages-femmes indigènes, donne déjà des résultats qu'il est nécessaire d'encourager ;

Vu la lettre n° 480, du 27 mars 1930, de M. le Gouverneur général ;
Sur la proposition du Chef du Service de Santé du Moyen-Congo,

ARRÊTE :

Art. 1^{er}.- Le Chef du Service de Santé du Moyen-Congo est autorisé à engager des femmes indigènes en qualité d'infirmières auxiliaires, qui peuvent assurer le service des établissements hospitaliers locaux, des maternités et des postes locaux de sages-femmes indigènes.

Art. 2.- Il est alloué à ces infirmières auxiliaires un salaire annuel de 1.200 francs ; elles touchent en plus un titre d'indemnité, une allocation journalière de 3 frs 50.

Art. 3.- Les infirmières sont engagées pour un an, sur la proposition du Chef du Service de Santé ; cet engagement peut être renouvelé et comporter des augmentations de salaires.

Art. 4.- Le Chef du Service de Santé fixe lui-même, par un ordre de service, les règlements d'ordre intérieur et de discipline auxquels sont soumises ses infirmières auxiliaires.

Art. 5.- Sur proposition des médecins-chefs des formations sanitaires de la colonie, le Chef de Santé peut engager des infirmières auxiliaires attachées à ces formations, aux conditions du présent arrêté.

Art. 6.- Le présent arrêté sera enregistré et communiqué partout où besoin sera.

Brazzaville le 29 mars 1930.

MACHESSOU.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES PHOTOS

- Photo n°1** : Personnes atteintes de la maladie du sommeil soignées à L'hôpital des sœurs de Saint Joseph de Cluny de Brazzaville.....24
- Photo n°2** : Le premier bâtiment de l'institut Pasteur de Brazzaville construit en 1906 devenu l'hôpital de la maladie du sommeil.....27
- Photo n°3** : L'ancien bâtiment de l'hôpital général de Brazzaville, actuel Commissariat Central de Police.....33
- Photo n°4** : Le Dispensaire adulte de Baongo, actuel Centre de Santé Intégré de « Bissita ».....34
- Photo n°5** : Le Dispensaire de puériculture de Poto-Poto « Lucienne Renard » actuelle Direction Générale de la médecine Traditionnelle, bâtiment en pleine rénovation.....35
- Photo n°6** : Bâtiments de l'Institut Pasteur de Brazzaville, à l'arrière plan est celui de 1906 rénové en 1932 et à l'aile droite construit en 1932-1945achevé en 1948.....37
- Photo n°7**: Transport d'un malade atteint de la maladie du sommeil par le personnel indigène.....41
- Photo n°8** : Un des bâtiments du centre de recherches ethnologiques de la réserve forestière, l'Institut d'Etudes Centrafricaines qui deviendra ORSTOM.....61

INDEX

TOPONYMIE

Afrique Equatoriale Française,
6,10,17, 18,75, 81

avenue de l'Auberge Gascogne,
36

Bacongo, 13, 19, 25, 34, 45, 70,
74, 76, 90,

Barrage, 36

Bissita, 34, 90

Brazzaville, 9, 10, 11, 12, 14, 15,
16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23,
24, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33,
35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 45,
46, 47, 50, 52, 53, 55, 56, 57,
58, 59, 62, 63, 65, 66, 68, 69,
72, 76, 84, 87, 93, 94,

Château-d'eau, 36

Dahomey, 34

Dakar, 19, 34, 39, 40

Djoué, 18

école primaire Matsoua, 36

Edouard Renard, 34

Edouard Renard, 34

Fleuve Congo, 18

France, 9, 10, 14, 27, 65, 68, 70,

hôpital général, 33, 45, 57,74,

Mfilou, 18

Mfoa, 19, 35

Moyen-Congo, 9, 10, 11, 13, 17,
18, 38, 42, 47, 48, 49, 52, 53,
56, 59, 61, 62, 63, 68, 69, 74

Ngangouoni, 36

Paris, 11, 27, 26,

Pointe-Noire, 28, 47

Poto-Poto, 13, 19, 25, 28, 34, 35,
45, 70, 74,

Tsiémé, 18

ANTHROPONYMIE

Allain, 24
André Bayardelle, 60
Asconet, 24
Ballay, 24
Berthelot, 59
Butel, 19
Calsat, 59
Charles de Chavannes, 17
Emily, 24, 28
Fournial, 24
Gentil, 28
Gustave Martin 26, 27
Huilier 24
Jeannot, 36
Latapie, 19
Lucienne Renard, 35
Martial Merlin, 18, 52
Moe Poaty, 62
Pierre Savorgnan De Brazza, 17
Raoul Follereau, 36, 38, 68
Raphaël Antonetti, 19
Reste, 10, 14, 29, 49

Roger Erell, 60
Sibut, 24

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	IV
REMERCIEMENTS.....	V
ABREVIATIONS	VI
SOMMAIRE.....	VII
INTRODUCTION.....	8
PREMIERE PARTIE : LA MISE EN PLACE DE LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE DE 1906 AUX ANNEES 1920.....	15
Chapitre I : LES PROBLEMES DE SANTE AU MOMENT DE L'IMPLANTATION ET DE LA CONSOLIDATION DE BRAZZAVILLE.....	17
I- Les débuts de Brazzaville.....	17
II- Situation sanitaire à Brazzaville.....	20
Chapitre II : LA MISE EN PLACE DES PREMIERES STRUCTURES SANITARES A BRAZZAVILLE	22
I- La nécessité de prendre en charge les problèmes quotidiens de santé à Brazzaville.....	22
II- La nécessité d'améliorer la situation démographique à Brazzaville	26
DEUXIEME PARTIE : EVOLUTION DE LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE.....	30
Chapitre III : LES FACTEURS D'EVOLUTION DE LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE.....	32
I- Organisation de la politique sanitaire à Brazzaville.....	32
1. Les organes centraux.....	32
2. Les organes spécialisés.....	35
3. Les dispositifs mobiles.....	36
II- Organisation du personnel sanitaire à Brazzaville.....	38
1. Le personnel sanitaire européen.....	38
2. Le personnel sanitaire indigène.....	39

Chapitre IV : LES GRANDES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE.....	42
I- La lutte contre les maladies endémiques-épidémiques.....	42
1. Au niveau des équipes mobiles	43
2. Au niveau des soins de santé primaires.....	44
3. Au niveau de l'éducation sanitaire.....	44
4. Au niveau des dispensaires et de l'hôpital.....	45
5. Au niveau de l'Institut Pasteur de Brazzaville.....	46
II- La protection de mère et de l'enfant indigène.....	48
III- La promotion de l'hygiène et de la santé publique.....	51
TROISIEME PARTIE : BILAN DE LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE DE 1906 A 1960.....	54
Chapitre V : LA POLITIQUE SANITAIRE A BRAZZAVILLE DANS LA PERIODE DE L'ENTRE DEUX-GUERRES.....	56
I- La politique sanitaire à Brazzaville après la première guerre mondiale.....	56
II- La politique sanitaire à Brazzaville après la deuxième guerre mondiale.....	58
Chapitre VI : L'IMPACT DE LA POLITIQUE SANITAIRE SUR LES POPULATIONS DE BRAZZAVILLE.....	62
I- L'héritage structurel colonial.....	62
II- La maîtrise des maladies locales.....	63
III- La relation médecine traditionnelle-médecine occidentale : cohabitation ou exclusion ?	65
CONCLUSION GENERALE.....	67
Sources et références bibliographiques.....	71
Annexe.....	77
Table des illustrations.....	89
Index.....	91
Table des matières.....	94

