

# LA POLITIQUE COLONIALE EN SANTE PUBLIQUE EN OUBANGUI-CHARI (ACTUELLE REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE)

Dr Jean KOKIDÉ ([kokidejean@yahoo.fr](mailto:kokidejean@yahoo.fr))

Département d'Histoire  
UNIVERSITE DE BANGUI.

Submitted: 2023-11-19

valued: 2023-12-22

**validated: 2023-12-30**

## RÉSUMÉ :

Le territoire de l'Oubangui-Chari, ancienne colonie française, actuelle République Centrafricaine, situé en plein centre de l'Afrique, ayant un climat tropical a connu une situation sanitaire, alarmante pendant la colonisation. Les rapports administratifs coloniaux ont énuméré multiples maladies endémiques et épidémiques.

Par rapport à ce constat, l'administration coloniale a mis en place le Service Général d'Hygiène Mobile et de la Prophylaxie (S.G.H.M.P.), pour dépister et traiter ces maladies d'une part, et d'autre part, elle a créé les œuvres de protection de l'Enfance et de la Maternité Indigène, pour lutter contre la mortalité infantile, cause principale du dépeuplement des colonies.

**Mots clés :** Oubangui-Chari ; santé ; maladies ; endémies ; épidémies ; hygiène ; prophylaxie.

THE COLONIAL POLITICAL OF PUBLIC HEALTH IN OUBANGUI-CHARI  
(CURRENT CENTRAL AFRICAN REPUBLIC)

*ABSTRACT:*

The territory of Oubangui-Chari, old French colony, current Central African Republic, located in full center of Africa, having a tropical climate knew a medical situation, alarming during colonization. The colonial administrative reports/ratios enumerated multiple endemic and epidemic diseases.

Compared to this report, the colonial administration set up the General Service of Mobile Hygiene and Disease prevention (S.G.H.M.P.), to detect and treat these diseases on the one hand, and on the other hand, it created works of child welfare and of Indigenous Maternity, to fight against the infant mortality, principal depopulation of the colonies causes.

**Keywords:** Oubangui-Chari; health; diseases; endemics; epidemics; hygiene; disease prevention.

\*\*\*\*\*

## INTRODUCTION

Situé dans la zone tropicale en plein centre de l'Afrique, le territoire de l'Oubangui-Chari riche en potentiel humain, économique et sociale, regorgeait pendant la période coloniale, multiple maladies endémiques et épidémiques. Conformément à sa mission civilisatrice, l'administration coloniale instaura le Service Général d'Hygiène Mobile et de la Prophylaxie (S.G.H.M.P.), pour prospecter,

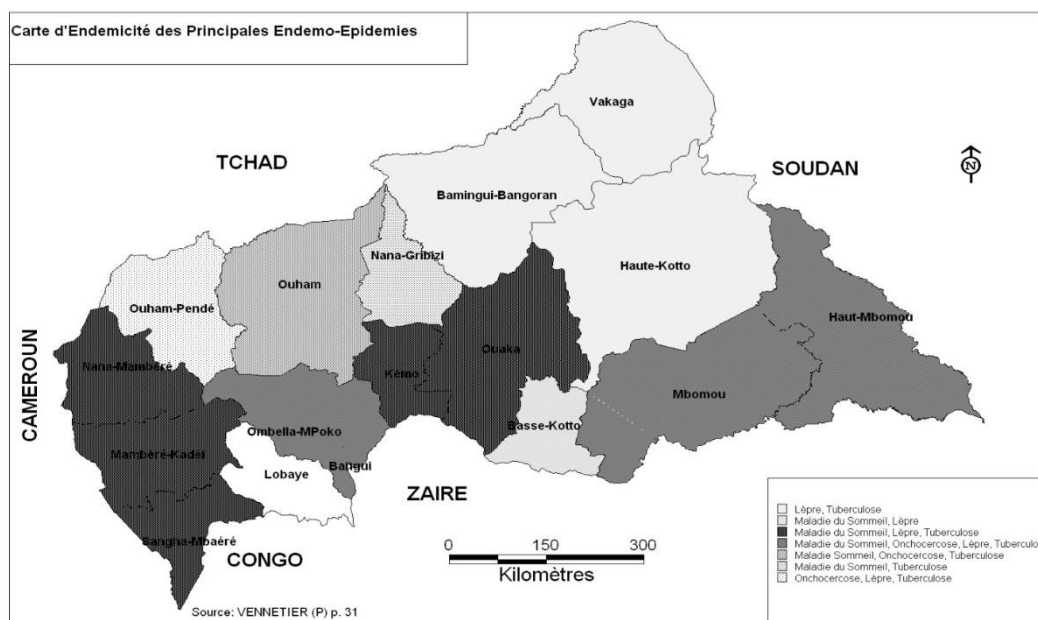
dépister ces maladies. Aussi elle créa les œuvres de protection de l'Enfance et de la Maternité Indigène, pour lutter contre la mortalité infantile, cause principale du dépeuplement des colonies en général et en particulier celle de l'Oubangui-Chari. Pour cet article, nous allons énumérer les différentes maladies identifiées à cette époque, ensuite nous aborderons les différentes procédures de lutte menées par l'administration coloniale.

### 1. Les maladies identifiées en Oubangui Chari pendant la colonisation

La situation sanitaire pendant la période coloniale, était alarmante en Afrique en général et particulièrement en Oubangui-Chari. On dénombrait de multiples maladies, sur l'ensemble du territoire. Les rapports administratifs coloniaux ont énuméré les maladies suivantes (cf. Comptes définitifs des recettes et dépenses du budget A.E.F, 1910-1958, A.O.M, Côte 50023):

- les maladies endémiques: le paludisme, le pian, la lèpre, la trypanosomiase, la fièvre typhoïde ;
- les maladies épidémiques : la méningite, la grippe, la coqueluche, la variole, la varicelle, la fièvre récurrente, la dysenterie amibienne, l'ulcère phagédéniques, la syphilis, la tuberculose, les parasites intestinaux etc.

Ces maladies énumérées ci-dessus amenèrent l'administration coloniale, à mettre en place une stratégie de prospection, de dépistage et de traitement.



## **2. Organisation des services sanitaires**

### **2.1. Création du Service Général d'Hygiène Mobile et de la Prophylaxie (SGHMP)**

Par rapport aux multiples maladies citées ci-dessus, l'administration coloniale, s'évertua de mener une lutte âpre pour tenter de les éradiquer. Le 2 août 1912, une instruction du Gouverneur Général des colonies règlementa les services médicaux hospitaliers en AEF. Le Ministre de la Guerre en accord avec celui des Colonies ou de la France Outre-Mer recrutèrent les personnels médicaux, paramédicaux, et autres techniciens. Le 30 décembre 1924 une autre instruction ministérielle créa les services de la médecine préventive, d'hygiène et d'assainissement.

Parmi les recommandations qui résumèrent les travaux de la Conférence Africaine de Brazzaville en 1943, une de celles qui s'adressaient à la santé publique, préconisa, dans le but d'assurer un développement souhaitable au dépistage systématique et au traitement de masse des affections sociales, la constitution d'un service autonome d'Hygiène Mobile chargé d'assurer la visite et le contrôle, le plus fréquemment possible, de la totalité de la population.

Dans cet esprit, par arrêté du 24 octobre 1945 du Gouverneur Général de l'Afrique Equatoriale Française (AEF), fut créé le Service Général d'Hygiène Mobile et de la Prophylaxie, en abrégé SGHMP de l'A.E.F (Louma, 1991 : 21). Il est placé sous la direction d'un Officier Supérieur du Corps de Santé, désigné par le Ministre des Colonies. C'est plus tard qu'au lendemain des indépendances, que naquit l'Organisation pour la Coordination de la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (Louma, 1991 : 21).

### **2.2. Les attributions du Service Général d'Hygiène Mobile et de la Prophylaxie (SGHMP)**

La direction du Service Général d'Hygiène Mobile et de la Prophylaxie (SGHMP) était à Brazzaville capitale de l'A.E.F dans un vaste immeuble. Le directeur fut un Médecin Colonel. La direction était composée de deux sections : la section technique et la section administrative. En effet le Service Général d'Hygiène Mobile et de la Prophylaxie avait trois missions :

1°) intensifier la lutte contre les grandes endémies (trypanosomiase, lèpre, paludisme, filarioses, bilharzioses) ; les épidémies (méningite, cérébro-spinale, variole) ; les maladies sociales (tuberculose, affections vénériennes), par le dépistage systématique des malades, l'application des mesures de prophylaxie vis-à-vis de ces affections, au sein des collectivités, le traitement des malades en coordination avec les Services locaux de Santé ;

2°) recueillir toute la documentation concernant les affections endémiques, épidémiques et sociales ;

3°) étudier tous les problèmes intéressant l'hygiène en général et d'assurer éventuellement l'exécution des mesures adoptées. Pour l'exécution de cette délicate mission, des secteurs sanitaires étaient créés.

### **3. Création des secteurs sanitaires**

Pour bien mener les activités de prospection et de dépistage de ces différentes maladies, le territoire de l'Afrique Equatoriale Française (AEF) était divisé en dix neuf (19)<sup>1</sup> secteurs sanitaires, dont treize (13) seulement étaient opérationnels faute du personnel soignant. Parmi les secteurs sanitaires en exercice, cinq (5) étaient sur le territoire de l'Oubangui-Chari :

Secteur n°10 : la région de la Haute-Sangha et le Sud de l'Ouham-Péndé ;

Secteur n° 12 : la région de l'Ouham et le Nord de l'Ouham-Péndé ;

Secteur n° 13 : les régions de l'Ombella-Mpoko et la Lobaye ;

Secteur n° 14 : les régions de la Kémo-Gribingui et de la Ouaka-Kotto ;

Secteur n° 15 : la région du M'Bomou.

Les critères de création des secteurs étaient basés sur la densité des populations, les voies de communication, et la géographie médicale. Le centre de secteur représente la formation sanitaire qui dirige les activités du secteur. Le centre dispose des maisons d'habitation pour le personnel, le laboratoire, la pharmacie, un centre hospitalier, un garage etc. Il est alimenté en eau courante et l'électricité. Le personnel est composé de :

---

<sup>1</sup> Le Moyen-Congo disposait de quatre secteurs. Le Gabon, deux secteurs et le Tchad deux également.

- 1 Médecin Chef, qui est un médecin des Troupes Coloniales ayant le grade de Commandant, Capitaine ou Lieutenant ;
- Des chefs d'équipe composés des médecins africains ; des agents sanitaires européens ; des sous-officiers infirmiers des troupes ;
- 25 à 30 infirmiers africains provenant de l'Assistance Médicale Indigène ou directement recrutés par le Service Général d'Hygiène Mobile et de la Prophylaxie (SGHMP)

Le personnel est réparti en équipe selon l'effectif et la mission confiée à chacune d'elle. Ils avaient pour mission, de sillonner les différentes contrées, afin de dépister les différentes maladies. Ainsi on notait trois types d'équipe :

- Une équipe de prospection ;
- Une équipe de traitement ;
- Des infirmiers détachés dans le centre pour le traitement des malades.

Ces équipes étaient dotées de moyens de transport pour leur déplacement. Le transport du personnel soignant était assuré par des moyens adaptés aux exigences des voies de communications locales. Les véhicules étaient les moyens conseillers. Mais ils étaient soumis à des dures épreuves car ils devaient être renouvelés fréquemment. En Outre, les pinasses à moteur devaient aussi être utilisées pour la prospection du littoral des zones fluviales.

#### **4. Les activités réalisées par le service général d'hygiène mobile et de la prophylaxie**

Le Service Général d'Hygiène Mobile et de la Prophylaxie intensifia ses activités pour dépister les affections dont l'incidence présentait un danger immédiat à savoir : la trypanosomiase et la lèpre.

Pour la trypanosomiase, dans la région de Nola-Bilolo située au sud-ouest, était réputée comme foyer historique de 1949 à 1956, le taux de prévalence était de 10% (Louma, 1991 : 34). Dans la partie nord-ouest du territoire, précisément dans l'Ouham les foyers étaient à Batangafo, autour de la rivière Fafa, à Bossangoa autour de la rivière Nana-Bakassa, à Markounda autour de la rivière Nana-Barya, et à Paoua, la rivière Péndé. La prévalence dans ces foyers variait de 15 à 25%, tandis que dans la région d'Obo située au sud-est du territoire, la prévalence était de 5% (Louma, 1991 : 35).

**Tableau n°1 : Statistique des trypanosomes en 1950 en Oubangui-Chari**

| <b>Population recensée</b> | <b>Population visitée</b> | <b>Anciens trypanosomes contrôlés</b> | <b>Nouveaux trypanosomes dépistés</b> |
|----------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 265 264                    | 221 227                   | 4 883                                 | 340                                   |

Source : Rapport du Médecin Colonel Feyti, Brazzaville 1<sup>er</sup> août 1951

Pour la lèpre, maladie antique découverte par Hansen en 1873 (Bomba, 1989 : 9), trois foyers à allure endémo-épidémique étaient décelés en A.E.F, dont deux au Moyen-Congo et un en Oubangui-Chari. Ce ne fut qu'à partir de 1949, que le recensement des lépreux entra en sa phase active et non en 1953, comme précisent certaines sources (Louma, 1991 : 40). La prospection se heurta à de nombreux obstacles. Elle exigea un personnel spécialisé dans le diagnostic de l'affection. Le diagnostic est malaisé à établir dans les formes frustes ou la confusion est monnaie courante avec de nombreuses affections cutanées tropicales. L'obstacle majeur résidait dans la mentalité du lépreux qui cherchait à échapper au recensement, soit en fuyant le médecin, soit en camouflant ses lésions.

En A.E.F, le foyer le plus important de la lèpre, par son étendue et sa densité se trouvait en Oubangui-Chari. Il concernait les régions de la Ouaka-Kotto, notamment Bria, Bambari, Grimari, Bouca, Bossangoa y compris la frontière avec le Logone. Les groupes ethniques touchés par cette maladie sont : les Sara-Kaba, les Mandja, les Banda etc. L'indice global de la contamination était de 5,4% (Louma, 1991 : 40).

Pour rendre efficace la lutte contre la lèpre, des centres de léproserie furent créés. Ce fut le cas du centre agricole d'Agoudou-Manga où les malades s'y installèrent avec leurs proches parents. Pendant la première année ils étaient pris en charge en alimentation. Ensuite eux même ils subviennent à leurs besoins, avec les produits des travaux agricoles et d'élevage tout en suivant ponctuellement les soins qui leur sont prescrits.

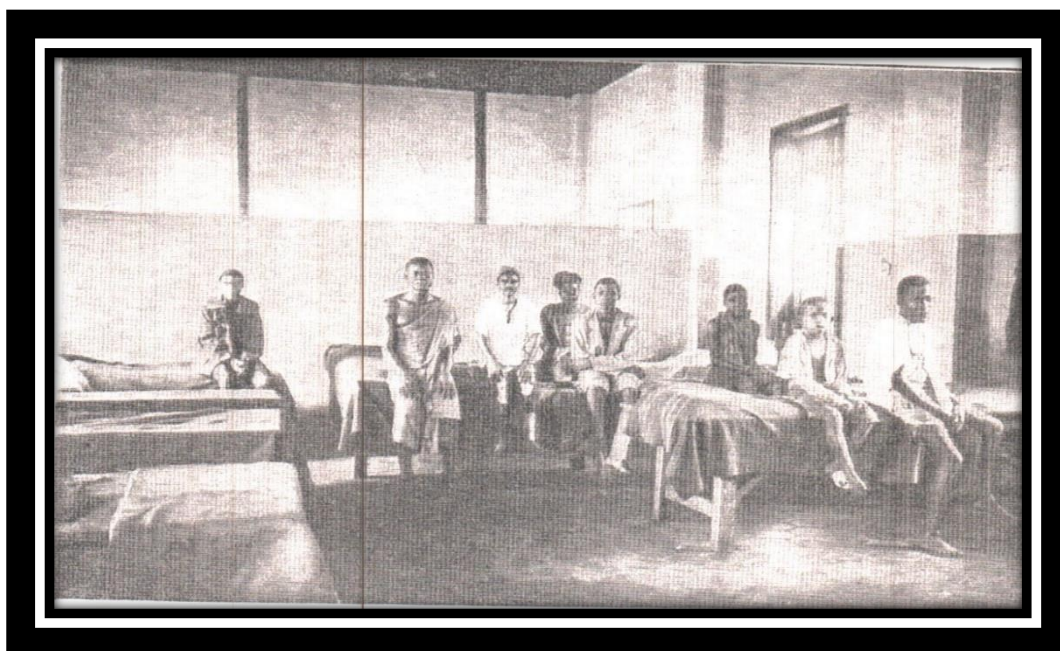
**Tableau n°2 : Statistique des autres maladies dépistées en 1950 en Oubangui-Chari**

| <b>Lépreux</b> | <b>Paludéens</b> | <b>Dermatovénérologie</b> | <b>Vaccinations variolo-amaryles</b> |
|----------------|------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| 3.754          | 69.113           | 11.149                    | 73.920                               |

Source : Rapport du Médecin Colonel Feyti, Brazzaville 1<sup>er</sup> août 1951

Pour d'autres cas de consultation des malades, dans les autres centres de santé, l'inspection sanitaire demanda la création des « consultations payantes » pour les chefs d'administration, les employés et les commerçants, qui craignaient la promiscuité et la cohue des consultations gratuites (J.O, A.E.F, 1937 : 134).

#### Photo des malades à l'Hôpital



Source : Bruel (G), l'Afrique Equatoriale Française, 1930

#### 5. Les œuvres de protection de l'enfance et de la maternité indigène

Pour lutter contre la mortalité infantile, cause principale du dépeuplement des colonies en général et en particulier celles de l'Oubangui, en 1931 l'inspection sanitaire demanda des consultations spécialisées, pour les femmes et enfants. La même année on créa au poste de santé de Ouessou (4(2)D51, CAOM, Aix-en-Provence ), une consultation des nourrissons, qui attira rapidement de nombreuses mères et se propagea dans les autres centres « grâce aux propagandes des bénévoles » (voir Comptes définitifs des recettes et dépenses du budget A.E.F. (10 4(3) D45), *Rapport administratif de l'Oubangui-Chari*, 1928).

Des visites sanitaires hebdomadaires furent instituées au profit des bébés, qui reçurent tous les soins nécessaires. Des conseils d'hygiène furent prodigués aux jeunes mères. On accorda des récompenses à celles qui entretenaient mieux leurs enfants. Cette

organisation eut un écho favorable. De juillet à décembre 1931, 2519 consultations étaient réalisées. Ce qui régresa les décès des enfants.

Des consultations sanitaires hebdomadaires, furent également organisées au profit des femmes enceintes, sous l'initiative du médecin militaire, Guiard à Nola, M'Baïki, et N'Goko-Sangha. Pour accentuer davantage, l'assistance médicale aux femmes en couche, des enseignements furent organisés, pour la formation des élèves sages femmes indigènes à Brazzaville. On leur enseigna des notions d'hygiène et d'obstétrique, afin de leur permettre d'apporter des soins appropriés, aux femmes enceintes et aux nouveaux nés. Celles qui donnèrent plus de satisfactions, dans leurs prestations étaient rehaussées au grade d'infirmière stagiaire (Comptes définitifs, A.E.F, 1910-1958).

Quant à la question des enfants métis abandonnés, ou non reconnus par certains colons, elle préoccupa énormément l'administration coloniale (J.O, A.E.F, 1937).

Des textes officiels furent pris pour attribuer à ces enfants de sexe masculin âgé de moins de 15 ans, un secours financier mensuel de 20<sup>F</sup>. Les filles métis âgées de moins de 12 ans, entretenues par des établissements hospitaliers privés bénéficièrent également, du même montant de subvention.

En 1937 un autre texte officiel prévoyait des internats pour ces enfants. La même année, des subventions étaient officiellement accordées par le budget local, aux établissements privés qui s'occupaient de ces enfants métis. Les enfants bénéficiaires de cette subvention, devaient être inscrits dans une école officielle ou privée. Les plus brillants entraient à l'école professionnelle, où ils obtenaient un diplôme qui leur permettait d'embrasser une carrière dans la vie active.

Par rapport à cette initiative en faveur de l'enfance et de la maternité indigène, le Gouvernement Général amplifia la politique en créant un comité central (Comptes définitifs, A.E.F, 1910-1958). Son siège était à Brazzaville et ses filiales dans les autres colonies. Son rôle consistait de mener des actions de propagande, de persuasion de prospector les milieux autochtones.

Par l'Arrêté du 4 juin 1936, le Gouvernement Général institua une *fête annuelle de l'enfance indigène*, destinée à démontrer périodiquement et publiquement aux

populations, l'importance attachée par l'administration coloniale au rôle social de la mère dans la famille indigène, à la progression constante de la natalité et au développement de la puériculture.

La première fête se déroula à Brazzaville le 22 juillet 1937, au *Parc des Expositions*. Elle avait réuni plusieurs milliers d'enfants et cela eut un grand succès. Elle comportait plusieurs manifestations : sport, éducation physique, distribution des vêtements, goûter, théâtre en plein air, danses, ballet, chants, chœurs et légendes du folklore ou d'inspiration française. A travers ces actions nous pouvons dire que le sort de la jeunesse préoccupait la politique coloniale.

## **CONCLUSION**

Le domaine de la santé publique avait préoccupé les œuvres coloniales en Oubangui-Chari. Par rapport aux nombreux constats des maladies endémiques et épidémiques, l'administration coloniale a mis en place le Service Général d'Hygiène Mobile et de la Prophylaxie (S.G.H.M.P.), pour prospecter, dépister et traiter ces différentes maladies tropicales qui sévissaient à cette époque d'une part et d'autre part, elle a instauré les œuvres de protection de l'Enfance et de la Maternité Indigène, pour lutter contre la mortalité infantile, cause principale du dépeuplement des colonies.

A côté de ces différentes procédures, en faveur des autochtones, on notait également d'autres réformes sociales ou « L'élévation de l'individu » (Comptes définitifs, A.E.F, 1910-1958) selon les termes de la politique coloniale. Ces réformes concernaient : la création de conseils des notables, la représentation de l'autochtone au sein des missions municipales, à la Chambre de Commerce et d'Agriculture, au conseil d'administration des colonies, l'admission aux emplois publics, et l'accession à la qualité de citoyen français etc.

Outre les abus, l'administration coloniale avait efficacement posé les jalons dans le domaine sanitaire, afin de sauver certaines vies des autochtones en Oubangui-Chari.

## **SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE**

### **1. SOURCES D'ARCHIVES**

- Rapport du Médecin Colonel Feyti, Le Service Général d'Hygiène Mobile et de la Prophylaxie (S.G.H.M.P.) de l'A.E.F, Brazzaville 1 août 1951
- 4(3) D17-18, Mission d'inspection Boulmer, Rapport de Gayet relatif à l'Oubangui-Chari, 1940
- 4(3) D42, Rapport administratif annuel de l'Oubangui-Chari, 1934
- 4(3) D45, Rapport administratif de l'Oubangui-Chari, 1928
- 4(3) D37-38, Rapport administratif annuel du Moyen-Congo, 1928
- 4(2) D 54, Rapport administratif annuel du Moyen-Congo, 1933
- 4(2) D51, Rapport administratif annuel du Moyen-Congo, 1931

## **2. SOURCES IMPRIMÉES**

- Comptes définitifs des recettes et dépenses du budget A.E.F, 1910-1958, A.O.M, Côte 50023.
- J.O, A.E.F, Arrêté portant organisation de l'enseignement en A.E.F, 1937,

## **3. BIBLIOGRAPHIE**

- Bouloubale Jean Claude, *Le service de lutte contre les grandes endémies en R.C.A*, Mémoire de stage, ENAM, 1976
- Bomba Jean Claude. *La situation sanitaire de l'endémie lépreuse dans les secteurs 1 et 4*, Mémoire de Maîtrise de Géographie, FLSH, Université de Bangui 1989.
- Louma Jean François, *Naissance et évolution de la médecine moderne en Centrafrique de 1910 à 1980*, Mémoire de Maîtrise d'Histoire, Université de Bangui 1991.
- Saragba Maurice., *Histoire de la trypanosomiase ou maladie de sommeil en Oubangui-Chari (R.C.A) de 1910 à 1950*, Thèse de 3<sup>e</sup> cycle d'Histoire, Université de Provence, Tome 1 et 2 U.E.R. d'Aix Marseille 1, France.