



Site
non officiel
Troupes De Marine



MEDECINE COLONIALE



"1890. Au fur et à mesure que s'étend, sous la 3e République, l'Empire colonial, il devient nécessaire de le doter d'un service de santé autonome et spécifique : ainsi est créé le Service de santé des colonies et des pays de protectorat. Il a pour missions premières l'organisation d'une structure hospitalière et d'une véritable politique de santé publique, rôle qui sera dévolu à des médecins militaires de la Marine, dans un premier temps. En effet, trois ans après la création des Troupes coloniales, le 5 juillet 1900, est créé le Service de santé des Troupes coloniales dont le domaine d'activité s'étend aux régions tropicales d'Afrique noire, d'Extrême-Orient, de l'Océan Indien et des Antilles-Guyane. Dès lors, l'œuvre sanitaire de la France et des médecins coloniaux est particulièrement riche.

Médecin général des armées R. Laroche,
Extraits de son allocution prononcée lors du colloque des Troupes de marine
(décembre 2000).

L'œuvre civile du Service de santé des Troupes coloniales

A motivations originales, tâche originale

Le Service de santé des Troupes coloniales (SSTC), corps militaire, a eu pour rôle principal, à sa création, d'assurer l'organisation et le fonctionnement de la santé publique dans l'Empire colonial français, l'Afrique du Nord puis les Antilles. Pendant les 2/3 de siècle de son existence, il s'est entièrement consacré à la population de ces contrées qui est - approximativement - passée de 30 à 80 millions d'habitants, répartis sur environ 10 millions de km² !





En 1890, quelque 400 officiers accomplissent cette tâche de soutien à la santé publique dans ces régions si éloignées de la métropole. Ils seront jusqu'à 800 médecins, pharmaciens, officiers d'administration et infirmiers militaires sur le terrain à partir de 1930. C'est en effet à cette date que la section coloniale de l'Ecole de santé militaire de Lyon vient renforcer les effectifs de médecins issus de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine et des colonies de Bordeaux.

Une création nécessaire...

C'est l'expansion coloniale de la fin du 19e siècle qui impose la création du Corps de santé des colonies et pays de protectorat. Cet organisme civil recrute la majorité des médecins de la Marine "en service colonial" et fournit l'ossature du Service de santé des Troupes coloniales qui suivra la création des Troupes coloniales, en 1900. Aux colonnes militaires qui évoluent sur ces territoires se joignent donc des médecins coloniaux qui se voient vite confrontés aux sollicitations des populations locales.

Sur place, dans les principales bases militaires françaises (Saïgon, Tananarive, Hanoï, Dakar,...), les hôpitaux, qui admettent aussi les civils, ne peuvent plus faire face. Il faut alors mettre en place une assistance médicale spécialement destinée à l'ensemble de cette population. Les bases sont jetées à Madagascar par Lasnet, vite imité par ses camarades en Indochine et en Afrique : l'Assistance médicale indigène gratuite (AMI) est née. Son évolution n'est ni progressive ni harmonieuse. Sa mise en place nécessite des hommes et des moyens. Il faut aussi convaincre les populations que la médecine scientifique est plus efficace que les pratiques traditionnelles.



En parallèle, le Service de santé des Troupes coloniales poursuit sa progression en formant du personnel autochtone (infirmiers, assistants sanitaires, sages-femmes...) créant ainsi une toile d'araignée d'hôpitaux secondaires, de postes médicaux, de dispensaires puis de léproseries, d'hyposeries et de maternités. La densité de ce maillage s'adapte à la répartition des populations locales ainsi qu'à la plus ou moins grande richesse des territoires puisque les budgets territoriaux assurent le financement de l'AMI. Mais il devient vite évident que la médecine individuelle - seule sollicitation des populations locales au départ - ne peut avoir qu'une efficacité restreinte, pour ne pas dire nulle, sur les maux qui frappent ces entrées. C'est aux chercheurs qu'il faut donc demander la solution.

... en pleine révolution pasteurienne

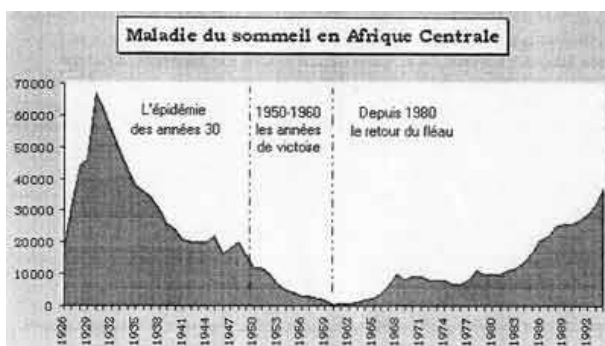
En effet, l'espoir naît de connaître enfin la cause des maladies infectieuses et de pouvoir les traiter efficacement. Dès 1903, un accord est conclu avec l'institut Pasteur de Paris pour assurer un complément de formation aux microbiologistes du Service de santé des Troupes coloniales. Mais, dès 1891, Calmette ouvre à Saïgon un centre de production du vaccin anti-variolique. Il adapte sa préparation sur le buffle, permettant une vaccination massive des populations, assure également le traitement de la rage et met au point des sérums antivenimeux.



Le second centre d'Indochine est ouvert à Nha-Trang, en 1895, par Yersin qui vient de découvrir le bacille de la peste et veut préparer un sérum anti-pesteux. D'autres laboratoires s'ouvrent à Tananarive, avec Thiroux, et à St-Louis du Sénégal, avec Marchoux, qui travaille ultérieurement sur la lèpre. Dans les années suivantes, ces laboratoires passent sous la tutelle de l'institut Pasteur de Paris où le Service des Instituts Pasteur d'outre-mer est dirigé par des médecins des Troupes coloniales, soit en détachement, soit en retraite anticipée.

Sur le plan médical, la variole est vaincue. La peste est contrôlée après la découverte de son agent par Yersin, en 1895, de son mode de transmission par Simond, en 1898, et la mise au point, par Girard et Robic, en 1934, d'un vaccin vivant atténué. La fièvre jaune, qui est la terreur des Européens en Afrique de l'ouest, voit son virus isolé à Dakar lors de l'épidémie de 1927, permettant à Laigret et Peltier de préparer, en 1934, un vaccin qui sera associé par la suite au vaccin anti-variolique.

Dans les agglomérations importantes, les équipes d'hygiène font reculer le paludisme et disparaître le choléra. Enfin Jamot, confronté à la maladie du sommeil en Afrique équatoriale, met au point une doctrine originale et efficace de prospection-traitement qui se concrétise par la création, en 1926, de la "Mission permanente de prophylaxie contre la maladie du sommeil".



Au moment de l'indépendance, toutes les grandes endémies tropicales, paludisme excepté, ont disparu ou sont maîtrisées. Les épidémies ne sont plus qu'épisodiques et les vaccinations contre la méningite et la rougeole se mettent en place. Les recherches sur les affections virales se poursuivent et le sida est encore inconnu. Le SSTC lègue à ces pays, outre un personnel bien formé et nombreux, trois écoles de médecine, devenues écoles de plein exercice puis facultés, 21 écoles d'infirmiers, de sages-femmes et d'assistants militaires, 41 hôpitaux centraux, 593 hôpitaux secondaires, 2 000 dispensaires et 600 maternités, 350 léproseries et hyposeries, 14 instituts Pasteur, trois instituts de recherche et, dans chaque Etat, une organisation rodée de la santé publique !

Cette œuvre immense, qui sera suivie d'une phase de concrétisation, n'a pu être réalisée par ce Corps militaire que grâce à une unité de vocation et de doctrine initiée par le stage à l'Ecole d'application du Pharo de Marseille. Son enseignement a assuré la continuité dans l'action sur le terrain, condition sine qua non d'une efficacité durable. Ceci n'enlève rien au mérite de ces médecins qui ont œuvré et œuvrent encore sur le terrain, dans les hôpitaux, les instituts Pasteur et les universités. Ils sont une centaine à ce jour mais cette présence diminue rapidement.

Une page est tournée : cette œuvre passée appartient désormais à l'histoire mais les Français n'ont pas à en rougir. Un ancien Ambassadeur de la République malgache, à l'occasion d'une émission célèbre de télévision, n'a-t-il pas hésité à proclamer : "Des Schweitzer, j'en ai connu des dizaines : les médecins-lieutenants des Troupes coloniales françaises".



Article réalisé avec la collaboration du professeur du Service de santé des armées (er) J-F. Blanc.



Au plus près des populations : Médecin "de brousse"

Grâce à l'expansion coloniale, la question de la santé publique dans ces contrées auparavant inconnues devient une priorité. Après la mise en place des premières ambulances coloniales viendront les hôpitaux. Mais ceux-ci ne suffisent pas. Il faut être au plus près des populations, compléter ce maillage sanitaire, en créant des formations médicales "de brousse"...

Puissance coloniale, la France a le souci d'améliorer la santé des populations d'outre-mer, condition essentielle à leur sortie du sous-développement. "On ne saurait en quelques lignes préciser toutes les activités déployées pour créer, développer, animer et faire évoluer - suivant les progrès de la médecine - les différents chapitres de l'assistance médicale, de l'organisation des soins à la prévention des maladies endémiques, avec l'hygiène urbaine et rurale, les vaccinations, la surveillance scolaire en passant par les charges très lourdes comme celle des lépreux et des aliénés, sans oublier la protection maternelle et infantile" (Chippaux). En fait, tout est à inventer au point de vue santé publique dans ces pays où l'absence d'hygiène est propice à la diffusion des grandes endémies et la malnutrition responsable d'une dramatique mortalité infantile. C'est la tâche confiée au médecin "de brousse".

Le premier poste du médecin des Troupes coloniales (et souvent le second) est toujours un poste dit "de brousse". Là, il va exercer une médecine polyvalente dans des conditions difficiles d'isolement professionnel. Dans les premiers temps, tous les postes sont polyvalents, semi-sédentaires, sous toutes les latitudes, puis une spécialisation apparaît, orientée vers les grandes endémies (en Afrique seulement). Dès lors, la nature de l'activité professionnelle de ce médecin colonial dépend de son affectation. Nommé dans un poste d'assistance médicale indigène (c'est-à-dire un poste sanitaire fixe, dans une circonscription territoriale, emploi sédentaire ou semi-sédentaire), son métier sera différent de celui qui, en Afrique noire, dirige une équipe d'hygiène mobile (emploi itinérant au sein du service des grandes endémies destiné à lutter, au début, contre la maladie du sommeil). Une constante toutefois : il trouve toujours une équipe d'auxiliaires autochtones dont le concours lui est indispensable.

Le médecin de l'assistance médicale indigène

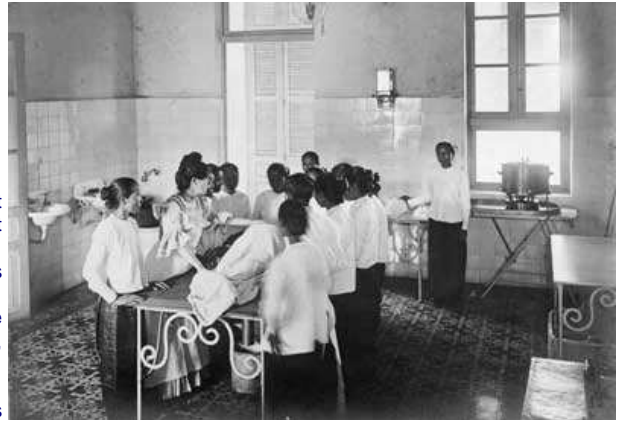
L'assistance médicale indigène (AMI) vise à offrir des soins aux populations autochtones, gratuits pour les indigents. Placé sous l'autorité du directeur du Service de santé du territoire ou de la colonie résidant dans la capitale, le médecin "de brousse" prend la direction du centre médical et des infrastructures de sa circonscription qui prodigue cette AMI qui deviendra assistance médicale autochtone (AMA). Son équipe est constituée d'un ou deux "médecins auxiliaires", d'assistants sanitaires, d'infirmiers, d'une sage-femme, d'aides-infirmiers, de manœuvres et de chauffeurs. Le centre comprend généralement un dispensaire, une ou deux salles communes d'hospitalisation, une salle d'opération, à laquelle est accolée une salle de stérilisation, et une maternité.



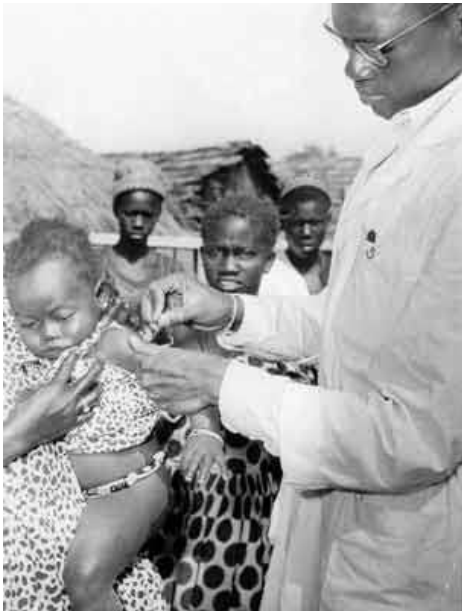
Face aux responsabilités qu'il endosse, le médecin doit être polyvalent. Omnipraticien, sa présence au dispensaire est essentielle dès les premières heures de la matinée. En effet, une centaine de patients sont déjà là et l'attendent. Un tri est confié à l'infirmier le plus expérimenté. Lui examine les cas les plus sérieux, les plus graves, les diagnostics indéterminés. Il quitte, par ailleurs, périodiquement son centre pour ouvrir une consultation dans les villages les plus importants de sa zone de responsabilités. Il s'agit des tournées qui permettent de contrôler le travail de l'infirmier affecté à ce poste sanitaire, de le réapprovisionner en médicaments, de régler les problèmes d'intendance, d'examiner les malades que l'infirmier a choisis...



- Médecin-traitant, il soigne tous les malades hospitalisés, se tenant au courant des procédés thérapeutiques traditionnels, utilisant au mieux les moyens dont il dispose, apportant surtout le contact humain et le réconfort.
- Biologiste, il contrôle au microscope les examens pour lesquels ses collaborateurs ont été formés et effectue ceux qui relèvent de sa compétence.
- Chirurgien, il traite les urgences. Il a en effet appris les gestes simples de réduction, immobilisation, incisions, ligatures, fractures, extractions dentaires, amputations,...
- Accoucheur et pédiatre, il est appelé en cas d'accouchement difficile.
- Médecin-légiste d'occasion, il peut être requis par la justice pour des autopsies.
- En l'absence de vétérinaire, il contrôle les denrées alimentaires et surtout les viandes.
- Administrateur, il gère son budget, surveille l'entretien des bâtiments, établit des rapports périodiques médicaux et financiers, note le personnel auxiliaire.
- Sentinelle épidémiologique, il donne l'alerte si, brusquement, la mortalité augmente.
- Enfin, inséré dans la collectivité, il peut participer ou même initier des activités de type social : création d'un club de sports, d'une bibliothèque...



Le médecin de l'équipe d'hygiène mobile



Son travail est différent de celui d'AMI. Son rayon d'action est beaucoup plus grand. Son "territoire" est divisé en secteurs et un secteur peut représenter l'équivalent de plusieurs départements français (jusqu'à dix). La population de ce secteur doit recevoir sa visite au moins une fois par an. Les jeunes médecins coloniaux sont toujours chefs de secteur. Rien n'est à improviser au départ. Le secteur en est, par exemple, à la 2e année d'un plan de vaccination de trois ans contre la variole, à la 4e année d'un plan de vaccination de dix ans contre la fièvre jaune... Les dépistages dans les villages se font canton par canton, selon un plan pré-établi.

Les méthodes de travail sont codifiées par des "notes techniques" détaillées dont l'application reste de la responsabilité de chacun. Il faut s'adapter sans hésitations et sans retards aux contraintes infiniment variées de ce vaste continent. Ayant programmé ces visites, le médecin doit contacter le commandant de cercle qui seul peut les officialiser et les faire annoncer par son administration. Les tournées durent deux à trois semaines par mois. La première semaine du mois, après la distribution de la solde, est consacrée par les infirmiers à un repos bien mérité. Puis tous partent jusqu'à la fin du mois, travaillant sans interruption et sans dimanches, du lever au coucher du soleil, jusqu'au départ du dernier consultant. Une petite équipe, dite de propagande, prépare l'arrivée de l'équipe de prospection. Il faut expliquer aux populations ce que l'on cherche, dans quel but on vient les déranger, pourquoi il est nécessaire de visiter tout le monde, ce qu'il faut préparer pour recevoir l'équipe.

Dès l'arrivée dans le village, le matériel est installé à l'endroit désigné par le chef de village, sous les hangars préparés. Un isoloir permet d'examiner les uns après les autres tous les membres de la famille qui se présentent. La recherche porte sur les ganglions de la maladie du sommeil, les taches de lèpre, les kystes de la cécité des rivières et ainsi de suite. Plus loin, on prépare et on administre les vaccins contre la variole et la fièvre jaune. Comme il est impossible de passer dans un village sans soigner les malades, il y a une consultation dite foraine sur la place du village, où plaies et bosses sont traitées. Si un grand malade est rencontré, il est emmené avec l'équipe pour être traité au chef-lieu. En plus du dépistage des lépreux, des sommeilleux et des porteurs de kystes d'origine parasitaire, de l'administration généralisée de médicaments, de la vaccination de la population contre la variole, la fièvre jaune, plus tard la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, le médecin doit aussi organiser les traitements des malades fraîchement dépistés.



Inévitablement, le médecin et sa famille paient contribution aux maladies locales, malgré toutes les précautions. Les affres du paludisme ou de la dysenterie amibienne n'épargnent personne. De fait, le journal "La Clinique", dans sa parution du 12 mai 1911, publie un article sur la mortalité dans le Corps de santé colonial. Du 1er janvier 1907 au 31 décembre 1910, 32 médecins ou pharmaciens ont succombé alors qu'ils étaient en activité de service, soit aux colonies, soit pendant la traversée du retour, soit pendant leur congé en France. Ils sont emportés soit par des maladies tropicales, soit par des affections qui, chez eux, ont eu des évolutions inhabituellement fatales. Toutefois, les satisfactions sont nombreuses. L'amélioration de l'état de santé des populations est assez rapide pour être perçue d'une année sur l'autre. La baisse de la mortalité infantile, la régression des épidémies en sont les indicateurs objectifs.

Et, au-delà des chiffres, s'exprime la reconnaissance de ceux qui ont échappé, avec l'aide des médicaments, à l'issue habituelle de ces maladies qu'ils savent mortelles.



A la lumière du résultat de l'action de ces médecins "de brousse", on ne peut s'empêcher de penser que la seule action qui vaille, dans de telles situations, est celle qui se déroule dans la continuité, à l'aide d'un personnel interchangeable. Une politique de santé efficace s'exerce sur la totalité d'un territoire et pendant des dizaines et des dizaines d'années. Certes, la bonne volonté est admirable, mais toute amélioration de la santé publique n'est qu'un état éphémère et réversible si les efforts mis en œuvre sont interrompus ou incohérents. La médecine "de brousse" de l'ère coloniale reste l'exemple de ce qu'il fallait faire en Afrique noire, à cette époque.

Article réalisé avec la collaboration de l'ASNOM.

Le service de lutte contre les grandes endémies tropicales



Dès les premiers jours de la colonisation, il apparaît que le modèle médical de la métropole est inadapté outre-mer. La médecine curative, "au coup par coup", ne peut venir à bout de ces terribles endémies qui déciment les populations rencontrées. Le Corps de santé colonial innove alors en créant un service de lutte contre les grandes endémies dont l'efficacité fait l'admiration du monde médical. Mais cette création n'est pas immédiate et son développement connaît quelques vicissitudes.



Le service de lutte contre les grandes endémies naît au Cameroun en 1926, s'étend rapidement à l'AEF et, à partir de 1939, à l'AOF. Il a pour cible la trypanosomiase (maladie du sommeil). En 1946, devenu polyvalent, son action s'étend à d'autres grandes endémies, au moins à celles qui ont une particulière gravité. Selon les mécanismes de leur propagation, leur incidence sociale et leur prise en charge possible, les modalités de lutte sont dirigées vers l'homme malade et contagieux, vers les vecteurs des agents de maladies ou vers les autres réservoirs de ces agents.

La structure du service est fondée sur un découpage des territoires en secteurs parcourus par une ou plusieurs équipes sous la responsabilité d'un médecin d'équipe mobile. Si les résultats de ces campagnes sont très positifs, leurs limites sont toutefois visibles. C'est en sortant du sosu-développement que les peuples de ces pays atteindront des niveaux de santé satisfaisants.

Qu'est-ce qu'une endémie ?

Une endémie est une maladie enracinée dans une région, un pays, un continent. Cela suppose un réservoir de l'agent pathogène (bactérie, virus ou parasite) qui le conserve vivant et à partir duquel l'homme peut se contaminer. Par "grande endémie tropicale", on entend une bonne quinzaine de maladies graves, véritables fléaux meurtriers et/ou invalidants par de terribles séquelles souvent irréductibles. Leurs territoires d'élection sont, exclusivement ou principalement, les zones intertropicales.

Ces affections sont extrêmement diffusibles, extensives, particulièrement sous les tropiques soit par contagiosité directe d'individu à individu, soit par transmission par des insectes piqueurs ou suceurs, soit par intervention, dans le cycle de transmission, d'hôtes intermédiaires de l'Homme.

Gravité et facteurs d'expansion des endémies

Les endémies graves sur les plans humain, social et économique sont beaucoup plus nombreuses en zone tropicale qu'en climat tempéré. Leur fréquence et leur gravité n'ont aucune commune mesure dans l'un et l'autre lieu. La première raison est que le niveau de vie des habitants des zones tempérées est largement supérieur et que l'accès aux soins, la généralisation des vaccinations et de l'hygiène individuelle ou collective ne permettent ni l'implantation ni la diffusion de ces maladies. Il persiste aussi, dans les pays intertropicaux, des endémies cosmopolites ayant existé dans un passé plus ou moins récent dans les pays de la zone tempérée d'où elles ont totalement disparu sous l'influence du progrès médical. Enfin, on trouve des endémies tropicales proprement dites car n'ayant jamais existé en Europe.



La connaissance des facteurs favorisant l'enracinement et la gravité des endémies cosmopolites et tropicales est indispensable pour améliorer les niveaux de santé. Ces facteurs peuvent être classés en deux groupes : les facteurs environnementaux et les facteurs humains.

Les facteurs environnementaux tiennent d'abord au climat toujours chaud, souvent humide. Ces conditions sont idéales pour que pullulent les insectes vecteurs de maladies, toute l'année ou en saison des pluies, en milieu rural et dans les zones d'urbanisation anarchique, même depuis l'avènement des insecticides. L'eau est le deuxième facteur environnemental majeur. L'eau potable est peu accessible en milieu rural. Le puits qui fournit l'eau de boisson est situé au milieu du village, là où, en surface, se trouvent des déjections animales et humaines à partir des habitations voisines.

Quant aux facteurs humains, ils tiennent à une hygiène individuelle et collective insuffisante, toujours à cause de la non disponibilité de l'eau. La promiscuité dans l'habitation favorise la contagion entre individus. La tradition ou l'ignorance pèsent aussi dans le domaine de la santé. La déforestation ou la création de retenues d'eau organisées par l'homme entraînent le développement d'agents pathogènes, de vecteurs et de maladies, nouveaux dans la région. Enfin la sécheresse, la famine, l'instabilité socio-politique, les guerres, les exodes contribuent puissamment au renforcement ou au réveil des endémies et des épidémies.



Lutte contre les grandes endémies

Dès l'ouverture des premiers dispensaires dans ces régions où l'espérance de vie ne dépasse pas 30 ans, il est évident que les traitements "au coup par coup" sont inadaptés à la situation. Les dépistages et les traitements doivent être appliqués au plus grand nombre. Le concept de médecine de masse, à la fois collective et préventive, vient d'être inventé. Mais, comme dans toute institution, une idée ne se transforme en action qu'après un délai qui, ici, sera de 20 ans.

Il n'est envisageable d'éradiquer une endémie que lorsque des médicaments ayant une certaine efficacité sont devenus disponibles. En 1890, ces médicaments ne sont pas légion. Il faut attendre les progrès de la chimie, au début du 20e siècle, pour voir apparaître des molécules faciles à produire et dotées de propriétés thérapeutiques indiscutables. L'étude des indications et des posologies permet de mettre au point les traitements individuels. Mais, en

ne traitant que les cas déclarés d'une maladie, on ne peut envisager d'en arrêter la diffusion. En Afrique, devant la flambée d'une maladie meurtrière, la trypanosomiase, il est envisagé de contenir sa propagation en traitant non plus les seuls malades déclarés mais en allant au devant des populations pour dépister, traiter et aussi prévenir en stérilisant le réservoir humain de germes. En AOF, la situation n'a pas évolué et la maladie flambe. Il faut encore attendre plus de 10 ans pour qu'un service du même type y soit créé, le service général autonome de la maladie du sommeil. Les spectres des épidémies de peste et de choléra s'éloignent à l'arrivée des sulfamines et des antibiotiques dont la prise systématique par les sujets au contact stoppe la progression du mal, dès qu'il est identifié.



Le mode de propagation de chaque endémie est original. La présence d'insectes dans la chaîne épidémiologique représente des points dont l'attaque est rendue possible par les progrès de la chimie. Les moyens disponibles permettant d'écarter les vecteurs récemment découverts restent limités. Il convient d'abord d'étudier la biologie de ces insectes. C'est l'objectif auquel s'attache le Corps de santé colonial en définissant les moyens de lutte contre leur pullulement : traque des eaux stagnantes dans les villes pour diminuer la densité des moustiques, déboisement et mise en culture des galeries forestières où vivent les tsé-tsé, introduction de poissons mangeurs de larves dans les mares,...

De nombreuses endémies tropicales ne sont pas exclusivement humaines. Certains rongeurs sauvages sont également victimes d'épidémies de peste et, si un rat domestique est contaminé dans la brousse, il importe l'épidémie dans le village. Ainsi, le Corps de santé colonial, vers 1910, entreprend des campagnes de dératisation à Madagascar ou en Indochine, foyers résiduels de peste, en accordant une prime pour chaque rat présenté. Puis sont venus les raticides, infiniment plus efficaces.

Protection des populations par vaccination

Louis Pasteur est au sommet de sa notoriété au moment où le Corps de santé colonial est créé, en 1890. Les médecins militaires se pressent autour de lui et particulièrement les marins et les coloniaux que leurs affectations vont envoyer dans ces terres lointaines où sévissent de redoutables maladies. Au départ de chacun de ses élèves, il confie une souche de vaccin antivariolique et un morceau de moelle de lapin qui sert à préparer le vaccin contre la rage.

La rage devient exceptionnelle en Indochine, pays où l'animal, même enragé, ne peut, pour des raisons religieuses, être abattu. Dès son arrivée à Saïgon, Calmette met en route la production de vaccin contre la variole et la vaccination générale des populations d'Indochine est entreprise avant même que celle des métropolitains ne soit achevée.



Dès 1891, 120 000 vaccinations et revaccinations sont pratiquées à partir de pulpe vaccinale recueillie sur les mamelles de bufflons infectés. Comme ce vaccin antivariolique se conserve mal, les centres vaccinogènes sont multipliés et la méthode sera généralisée progressivement à toute l'Indochine. En 1904, les premières promotions de médecins auxiliaires indochinois permettent de disposer d'un personnel vaccinateur compétent. Vers 1930, la variole a pratiquement disparu de l'Indochine. Elle réapparaît après 1940, au moment des conflits.



En Afrique, les conditions sont différentes puisqu'une autre maladie, la fièvre jaune, provoque de terribles épidémies. De 1892 à 1939, les tournées de vaccination contre la variole sont faites par les médecins de l'AMI. L'agent de la fièvre jaune n'est isolé qu'en 1927 et le premier vaccin est inventé par Laigret en 1932 et modifié par Peltier en 1939. Cette année-là, les deux vaccins sont associés dans une même vaccination. 18 ans plus tard, en 1959, et pour la seule AOF, 31 millions de vaccinations ont été pratiquées. A l'heure de l'indépendance des États africains, la variole a disparu. Si, aujourd'hui, la vaccination antivariolique n'est plus réclamée à l'entrée dans ces pays, le mérite en revient sans conteste au Corps de santé colonial.



Il serait illusoire de croire que la lutte contre les grandes endémies peut déboucher sur une victoire totale et définitive avec les seules armes médicales et biologiques. Le problème de fond est d'ordre socio-économique et culturel. L'instabilité politique et les guerres interethniques entraînent toujours une dégradation de la situation sanitaire. De plus, les moyens utilisés perdent de leur efficacité car les agents pathogènes, comme les vecteurs, deviennent résistants. De nouvelles endémies émergent. Les solutions apportées par le Corps de santé colonial étaient pertinentes au moment où elles ont été appliquées.

Article réalisé avec la collaboration de l'ASNOM. Coordonnées ASNOM
19, rue Daru, 75008 PARIS
Tél : 01 47 66 89 54
Fax : 01 46 22 11 82
E-mail : asnom.paris@wanadoo.fr



Commentaires, critiques, demandes d'informations
contact : [administrateur du site](#) non-officiel des Troupes De Marine



[Précédent](#)