

LA FORMATION DES AUXILIAIRES MÉDICAUX OUEST AFRICAINS DE LA PREMIÈRE GÉNÉRATION (1918-1944)

Mody KANTÉ

Docteur en histoire contemporaine
Université Toulouse 2

Résumé : Au lendemain de la Première Guerre mondiale, les autorités coloniales françaises ont jugé nécessaire de mettre sur pied une École de médecine en Afrique occidentale française. Elle est créée par le décret du 9 juin 1918 et son ouverture a lieu le 1^{er} novembre de la même année à Dakar, sous la direction d'Aristide Le Dantec. Sa mission est de former des élèves médecins, pharmaciens, sages-femmes et infirmières-visiteuses, admis sous le régime de l'internat. C'est un enseignement médical tronqué qui est alors dispensé à une minorité d'élèves africains. Ils bénéficient d'un cursus plus court pour être immédiatement opérationnels. On les destine à combattre les grandes endémies qui sévissent alors en Afrique de l'Ouest francophone et à lutter contre les problèmes posés par la mortalité, la mortalité et la morbidité maternelle et infantile. Ces fléaux nécessitent une lutte efficace que les très peu nombreux médecins de l'Assistance médicale indigène ne peuvent mener seuls. Initialement créée pour couvrir la formation de l'Afrique de l'Ouest, l'École de médecine voit son statut modifié par le décret du 11 août 1944, pour devenir l'établissement de l'Ouest-africain commun à l'AOF, à l'AEF, au Cameroun et au Togo.

Mots-clés : Histoire coloniale, École de médecine, Afrique de l'Ouest, Dakar, Santé, élite, vingtième siècle

Abstract: In the aftermath of the First World War, the French colonial authorities deemed it necessary to set up a medical school in French West Africa. It was created by the decree of June 9, 1918 and its opening took place on November 1 of the same year in Dakar, under the direction of Aristide Le Dantec. Its mission is to train student doctors, pharmacists, midwives and visiting nurses, admitted under the boarding school regime. It is a truncated medical education given to a minority of African students. They benefit from a shorter curriculum to be immediately operational. They were intended to combat the major endemics then raging in French-speaking West Africa and to combat the problems posed by stillbirth, maternal and infant mortality and morbidity. These

scourges require an effective fight that the very few doctors of the Indigenous Medical Assistance cannot carry out alone. Initially created to cover the training of West Africa, the School of Medicine sees its status modified by the decree of August 11, 1944, to become the establishment of West Africa common to French West and Equatorial Africa, Cameroon and Togo.

Keywords: Colonial history, School of Medicine, West Africa, Dakar, Health, elite, twentieth century

La conquête coloniale de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle entraîne l'intégration progressive de l'espace ouest-africain dans le dispositif impérial français. Au fur et à mesure de l'installation des colons et de la consolidation de la présence française, la lutte contre les épidémies et les maladies endémiques ainsi que la sauvegarde de la santé des populations deviennent des enjeux cruciaux. Avec l'affermissement du pouvoir colonial, la notion de domaine public de la santé s'élargit. Le décret du 14 avril 1904 sur la protection de la santé en Afrique Occidentale Française (AOF) prévoit des mesures sanitaires globales et rend obligatoire la vaccination « jennérienne » par la vaccine pour lutter contre la variole. La réorganisation de l'AOF s'accompagne d'un début de médicalisation des populations colonisées. La finalité des autorités de la jeune fédération est de doter les colonies des moyens humains nécessaires à leur mise en valeur des richesses potentielles du continent noir¹.

Au début du XX^{ème} siècle, la France s'attelle à la mise en place d'une politique sanitaire en AOF, étape préalable à l'exploitation du domaine français. Mais les autochtones, qui constituent la seule main-d'œuvre disponible et les contribuables de l'impôt direct par capitation sont périodiquement fauchés par de redoutables épidémies et endémies. Celles-ci sont les principales causes de la mortalité². Les médecins militaires coloniaux appelés à les traiter, sans avoir reçu de formation spécialisée, sont surpris par les problèmes d'hygiène et par les pathologies auxquels ils sont confrontés³. C'est pour répondre à cette situation que l'administration coloniale met en place une politique de formation du personnel médical, implante des structures sanitaires et se dote d'un dispositif législatif. L'objectif est bien de contraindre les populations à adopter de nouvelles normes d'hygiène⁴. Les particularités des maladies imposent, en effet, une formation spécifique. Cet article, extrait de ma thèse de doctorat⁵, décrit ainsi les modalités de formation des auxiliaires médicaux (médecins, sages-femmes, pharmaciens et infirmières) de la première génération de 1918 à 1944 et les difficultés rencontrées pour faire face à leur recrutement et leur mise à niveau.

¹ Mor NDAO, « La santé de l'enfant au Sénégal à l'époque coloniale. Le cas des maladies éruptives : la variole et la rougeole de 1930 à 1960 », *Cahiers Histoire et Civilisations*, n° 1, Dakar, Univers (UCAD), FLSH, 2003, p. 76.

² F. NIEULLES, « Soignons nos indigènes », *Les annales coloniales : revue mensuelle*, Paris, janvier 1930, p. 11.

³ Benjamin Kokou ALONOU, « La médecine coloniale : une évolution des connaissances et des pratiques médicales ? », *De l'École africaine de médecine à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie*, Dakar, Centenaire de la FMPOS, du 1^{er} au 6 décembre 2018, p. 25.

⁴ Adama Aly PAM, « Aux origines de la création d'un enseignement médical spécialisé aux colonies : entre politique sanitaire et biopolitique XIX^{ème}-XX^{ème} siècle », *De l'École africaine de médecine à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie*, Dakar, Centenaire de la FMPOS, du 1^{er} au 6 décembre 2018, p. 23.

⁵ Mody KANTE, *Former une élite médicale africaine à l'époque coloniale. L'École de médecine de Dakar (1918 – années 1950)*, Thèse de doctorat unique d'Histoire, Toulouse, Université Toulouse 2-Jean Jaurès, 2021, 770 pages.

D) LA CRÉATION D'INFRASTRUCTURES DE FORMATION ADAPTÉES

La mise en œuvre d'une formation adaptée aux besoins des populations coloniales trouve sa source dans certaines initiatives menées avant la Première Guerre mondiale. Dès 1901, l'Union coloniale française lance ainsi une souscription auprès d'entreprises engagées dans l'activité économique d'outre-mer pour qu'un enseignement spécialisé sur les maladies tropicales soit dispensé à la Sorbonne. Cette idée n'aboutit pas dans sa forme initiale. Elle est cependant reprise en 1902 et permet la fondation, en 1905, de l'École d'application du Service de santé des troupes coloniales, installée au palais du Pharo à Marseille⁶, maison mère du corps de santé colonial⁷.

Mais face à l'ampleur de la morbidité et de la mortalité subsaharienne, les autorités coloniales comprennent que pour agir efficacement, il faut associer les autochtones. C'est dans cette perspective que l'arrêté du 8 février 1905 institue le service de l'Assistance Médicale Indigène (AMI). Signé par le gouverneur général Ernest Roume, l'AMI a été proposée par le médecin principal des troupes coloniales, Camille Rangé. Ce service, qui existait déjà à Madagascar et en Indochine, est chargé de procurer gratuitement aux populations autochtones des soins médicaux, des conseils d'hygiène et de répandre la vaccination⁸. Ce nouveau dispositif correspond à une orientation d'une nouvelle politique sanitaire répondant aux besoins des populations⁹. En dépit des intentions des autorités sanitaires, l'AMI ne se développe pas aussi rapidement que souhaité. Les premières années du XX^{ème} siècle sont semblables à la période précédente : les maladies restent endémiques et la prophylaxie est peu concluante, faute de moyens¹⁰. En outre, le personnel médical européen reste peu nombreux, car les colonies n'attirent pas de médecins, malgré les campagnes de recrutement menées en métropole¹¹. De leur côté, les populations autochtones renâclent à respecter les règles d'hygiène, d'autant qu'elles sont autoritairement imposées¹².

Pour seconder les médecins coloniaux par des auxiliaires plus qualifiés que les infirmiers, la France a d'abord recours aux aides-médecins indigènes. Leur corps est créé par l'arrêté du 7 janvier 1906 signé par le gouverneur général Ernest Roume¹³. Cette initiative est interrompue par le déclenchement de la Première Guerre mondiale. Pourtant, en octobre 1916, alors qu'on recrute des contingents de tirailleurs dits « sénégalais », le gouverneur général Gabriel Angoulvant jette les bases de l'enseignement médical indigène. Il fonde à l'École primaire supérieure Faïdherbe de Gorée, une section préparatoire aux études médicales¹⁴. Cette première initiative est concluante puisqu'une École de médecine de l'AOF ouvre à son tour ses portes le

⁶ Adama Aly PAM, *op. cit.*, p. 23.

⁷ Marc MICHEL, « Médecins et pharmaciens », dans Jean-Pierre RIOUX (sous la dir.), *Dictionnaire de la France coloniale*, Paris, Flammarion, 2007, p. 592.

⁸ Voir JOAOF, Arrêté du 8 février 1905 du gouverneur général d'Afrique occidentale française sur la création du service d'Assistance médicale indigène (AMI).

⁹ Jean-Paul BADO, « Politiques sanitaires et formation médicale sous la colonisation », *De l'École africaine de médecine à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie*, Dakar, Centenaire de la FMPOS, du 1^{er} au 6 décembre 2018, p. 49.

¹⁰ Mor NDAO, *op. cit.*, 2003, p. 76.

¹¹ Adama Aly PAM, *op. cit.*, p. 23.

¹² Ngoné GUEYE, *Étude d'une profession médicale : les sages-femmes du Sénégal de 1918 à 1968*, Mémoire de maîtrise d'Histoire, Dakar, UCAD, 2003, p. 9.

¹³ Voir JOAOF, Rapport au gouverneur général de l'AOF suivi de l'arrêté du 7 janvier 1906 portant création d'aides-médecins indigènes de l'AMI en AOF.

¹⁴ Aristide LE DANTEC, « L'École de médecine indigène de Dakar », *Extrait du Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, Paris, Masson & Cie, séance du 13 octobre 1920, n° 8, 1920, Tome XIII, p. 625.

1^{er} novembre 1918 à Dakar. Elle est placée sous la direction d'Aristide Le Dantec¹⁵, médecin-major de la première classe des troupes coloniales, ancien professeur de l'École de médecine de Hanoï en Indochine, chargé de mission en AOF¹⁶. Sa création tardive par rapport aux Écoles de médecine de Pondichéry, de Tananarive et de Hanoï, peut s'expliquer par l'existence de préjugés raciaux prêtant à « l'homme noir » un quotient intellectuel inférieur le rendant incapable de recevoir une formation scientifique poussée¹⁷.

Le projet des autorités coloniales était de rassembler dans une école fédérale à Dakar des auxiliaires médicaux de la première génération venus des huit territoires de l'AOF, des régions, cercles, subdivisions, provinces, cantons ou villages ainsi que du Togo, alors sous mandat de la Société des Nations (SDN), pour les former¹⁸. Pris en charge dans un internat gratuit, les jeunes gens ainsi formés devaient ensuite exercer leur métier selon les besoins estimés des colonies de l'Ouest-africain français. Les cours commencent au mois de novembre et prennent fin début juillet. Les élèves reçoivent un enseignement médical avec les moyens disponibles de l'époque (formation théorique) et sont tenus d'assister aux visites de l'Hôpital Central Indigène d'Instruction (HCII), à la polyclinique de l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) et à la maternité indigène de Dakar annexés à l'École de médecine comme organes d'instruction (formation clinique)¹⁹.

C'est un enseignement médical tronqué par rapport à la métropole, dispensé à un petit nombre d'élèves africains avec un cursus plus court. L'objectif est qu'ils soient rapidement opérationnels pour combattre les nombreuses épidémies et endémies (peste, fièvre jaune, variole, trypanosomiase, lèpre, paludisme, tuberculose, syphilis, méningites, tétanos, ophtalmies, dracunculose, onchocercose, pian, choléra, rougeole, tréponématoses, bilharzioses, etc.) présentes en Afrique subsaharienne. Les problèmes posés par la mortalité, la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles appellent une mobilisation qui dépasse les médecins de l'AMI. Peu nombreux, ils ne peuvent mener seuls le combat.

L'enseignement médical comprend des cours de pathologies interne et externe, orientés vers l'hygiène et l'épidémiologie. Il ne néglige pas la sémiologie et la physiopathologie. Cet enseignement à visée essentiellement pratique, adapté aux conditions locales, est dispensé par un corps professoral, qui comprend le directeur de l'École de médecine, le sous-directeur, les médecins traitants de l'HCII, ceux de la polyclinique de l'IHS et de la maternité indigène de Dakar, les médecins en service au Sénégal suivant leur spécialité, le pharmacien-chimiste de l'hôpital, les maîtresses sages-femmes monitrices de la maternité et les infirmières-visiteuses monitrices du service d'hygiène sociale. La grande majorité des enseignants est issue de l'École d'application des troupes coloniales du Pharo à Marseille, de l'École d'application du service de Santé du Val-de-Grâce à Paris, et à partir de 1928 du service de santé militaire de Lyon. Initialement créée pour couvrir

¹⁵ Pour plus d'informations sur ce médecin, nous renvoyons les lecteurs à notre thèse de doctorat : Mody KANTE, *op. cit.*, 770 p.

¹⁶ ANS, O163 (31), *L'École de médecine de l'AOF (de sa fondation (en 1918) à l'année 1934)*, p. 1. L'Hôpital Central Indigène d'Instruction est devenu l'Hôpital Central Africain en 1946 et l'Hôpital Aristide Le Dantec en 1954. De cette date à nos jours, il porte le même nom.

¹⁷ Mor NDAO, « L'École de médecine de Dakar face à l'«idée coloniale» : enjeux, controverses et débats autour d'une création », *De l'École africaine de médecine à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie*, Dakar, Centenaire de la FMPOS, du 1^{er} au 6 décembre 2018, p. 24.

¹⁸ Il s'agit des élèves médecins, pharmaciens, sages-femmes et infirmières-visiteuses auxiliaires formés de l'École de médecine de Dakar de 1918 à 1944. À partir de la Conférence de Brazzaville, du 30 janvier au 8 février 1944, le terme d'« auxiliaire » est remplacé par celui d'« africain ».

¹⁹ Pour toute information supplémentaire sur ces formations sanitaires, nous renvoyons les lecteurs à notre thèse de doctorat : Mody KANTE, *op. cit.*, 770 p.

la formation de l'Afrique de l'Ouest, l'École de médecine voit son statut modifié par le décret du 11 août 1944, qui suit la Conférence de Brazzaville, du 30 janvier au 8 février, pour devenir l'établissement de l'Ouest-africain commun à l'Afrique occidentale et équatoriale française, au Cameroun et au Togo.

II) LA FORMATION DES ÉLÈVES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS

L'enseignement médical de l'École de Dakar a pour vocation à former en internat des médecins capables d'administrer un dispensaire de brousse, de servir d'assistants dans une formation hospitalière ou dans un service sanitaire spécialisé, comme ceux d'hygiène ou de lutte contre la maladie du sommeil.

Au point de vue théorique, l'enseignement médical dispensé en première année au Sénégal est destiné à compléter l'instruction générale et scientifique²⁰ reçue dans les écoles préparatoires de l'Ouest-africain français. Ainsi, le programme comprend l'anatomie descriptive (ostéologie, arthrologie, myologie, angéologie), la dissection des cadavres, la sémilogie pratique, la petite chirurgie et l'enseignement scientifique général (physique, chimie et histoire naturelle)²¹, l'enseignement du français, de l'arithmétique, de la géométrie et les matières enseignées dans la section préparatoire de l'École normale William-Ponty²². Les cours de zoologie sont orientés principalement vers l'étude de la parasitologie destinée à permettre à l'élève de comprendre les présentations cliniques faites à l'HCII²³. Certains cours sont remplacés par des conférences sur des sujets chirurgicaux, suivies de démonstrations pratiques²⁴.

Dans ses *Souvenirs de guerre d'un « tirailleur sénégalais »*, Joseph Issoufou Conombo, ancien élève de l'École de médecine de 1939 à 1942, note qu'en dehors des pansements simples et de la prise de température, du pouls, les élèves de première année doivent également servir dans des tâches subalternes. Ils apportent ainsi les prélèvements biologiques dans le laboratoire de l'hôpital ou les bulletins de visite signés par le médecin-chef ou par l'interne africain du service²⁵.

En deuxième année²⁶, les matières enseignées sont l'anatomie descriptive (étude des viscères, du système nerveux, du système vasculaire, des organes des sens), la dissection, la physiologie, la pathologie interne et externe, la sémilogie, la petite chirurgie et l'hygiène²⁷, l'angiologie, l'anatomie sommaire des nerfs, la dissection, la chimie et la pharmacie, la physique, les pathologies interne et externe²⁸, répartis sur un cycle de deux ans. Les enseignants accordent une place prépondérante aux pathologies les plus fréquentes en Afrique²⁹ subsaharienne. Au cours de leur stage hospitalier, les étudiants apprennent l'utilisation du stéthoscope, du garrot pour la prise de sang, des seringues et des aiguilles de toutes sortes³⁰.

En troisième année, les enseignements se rapportent à l'anatomie topographique, à

²⁰ ANS, 1H24 (26), Arrêté portant organisation de l'École de médecine de Dakar 1939-1947, annexe.

²¹ *Ibidem*.

²² Les cours de physique, de chimie et de pharmacie sont communs à la première et à la deuxième année.

²³ ANS, 1H24 (26), Arrêté portant organisation de l'École de médecine de Dakar 1939-1947, annexe.

²⁴ ANS, O14 (31), Rapport annuel de l'année scolaire 1936-1937.

²⁵ Joseph Issoufou CONOMBO, *Souvenirs de guerre d'un « tirailleur sénégalais »*, Paris, L'Harmattan, 1989, p. 21.

²⁶ La physique, la chimie et les études pharmaceutiques sont partagées avec la première année.

²⁷ L'ostéologie et la myologie.

²⁸ Ces cours sont communs avec la troisième année.

²⁹ ANS, O14 (31), Rapport annuel de l'année scolaire 1936-1937.

³⁰ Joseph Issoufou CONOMBO, *op. cit.*, p. 21.

l'hygiène et à la prophylaxie des maladies infectieuses, à la médecine préventive et à l'épidémiologie concernant l'étude des maladies des yeux et de la peau, de l'obstétrique, de la clinique interne et des thérapeutiques. Un après-midi par quinzaine, les élèves médecins participent aux travaux d'hygiène et de prophylaxie³¹ à l'HCII et ses annexes, où les élèves médecins effectuent leur stage hospitalier, le matin de 8 heures à midi et l'après-midi de 16 heures 30 à 18 heures.

Enfin, en quatrième année, ils apprennent la pathologie (interne, externe et exotique), l'obstétrique, l'hygiène et la prophylaxie, la notion de bactériologie clinique, les cliniques spéciales (yeux, oreilles, gorge, nez et peau), la radiographie, l'électrothérapie, la mécanothérapie, les notions d'histologie et d'anatomie pathologique, l'appareillage, la médecine opératoire et le stage hospitalier. L'interne de l'hôpital³² dirige toute une division du service où il est affecté. Sous ses ordres, travaillent les étudiants de troisième, deuxième et première années qu'il forme, tout en contrôlant leurs tâches pratiques. Ses fonctions l'autorisent à utiliser le formulaire permettant de faire les prescriptions³³.

Au cours des stages sur le terrain, les élèves apprennent à réaliser des petits travaux d'assainissement, à construire des fours incinérateurs, à protéger des points d'eau, à concevoir le plan rationnel d'un village africain, à apprécier la valeur hygiénique des locaux scolaires. Ils animent des conférences pour les écoliers de l'enseignement secondaire de Dakar pour leur faire connaître l'importance des mesures d'hygiène et de prophylaxie³⁴. De surcroît, pour bien ancrer dans leur mémoire les connaissances déjà acquises, ils ont une séance théorique hebdomadaire consacrée à la révision de l'enseignement dispensé l'année précédente. C'est au cours d'une deuxième séance qu'ils posent des questions à l'enseignant sur les points qui leur paraissent encore obscurs³⁵.

En ce qui concerne les cours en sémiologie, il est demandé au professeur d'enseigner les points de repère du corps humain, la délimitation des organes et leur examen sur un individu sain³⁶ et sur les malades. Avec des séances de cinéma médical et scientifique produit par les grandes maisons cinématographiques françaises, l'enseignement est rendu plus vivant. Des films sont aussi tournés au Sénégal par les soins de l'établissement. Ils traitent des formes cliniques des grandes affections en Afrique, comme la peste, la maladie du sommeil, le paludisme, les moyens employés pour les combattre y sont présentés. Les facultés françaises de médecine fournissent à l'École de Dakar une documentation sur les affections observables sous les tropiques³⁷.

Au cours de l'année scolaire 1932-1933, l'enseignement médical dispensé à l'École de Dakar s'améliore grâce au Dr Maurice Blanchard, directeur de l'École de médecine de 1931 à 1935³⁸. À sa demande, le conseil des professeurs décide la suppression de tous les cours théoriques, qui sont remplacés par des interrogations sur un sujet préparé pendant la semaine par les élèves à l'aide de leurs livres, de leurs manuels et de schémas et résumés qui leur sont distribués. Cette méthode d'enseignement a, selon Blanchard, l'avantage de développer chez les apprenants la faculté de l'élocution en langue

³¹ Désinfection, désinsectisation, dératisation, constatation de décès, enquêtes épidémiologiques, etc.

³² La nomination des internes et externes de l'hôpital est faite par le directeur de l'école.

³³ Joseph Issoufou CONOMBO, *op. cit.*, p. 21.

³⁴ ANS, O14 (31), École de médecine Jules Carde, procès-verbal de la séance du conseil des professeurs du 6 novembre 1937.

³⁵ ANS, O14 (31), École de médecine de l'AOF, note n° 1693/O.

³⁶ ANS, O163 (31), L'École de médecine de l'AOF (de sa fondation à l'année 1934), p. 20.

³⁷ ANS, 2G21-33, Rapport sur le fonctionnement de l'École de médecine de l'AOF depuis le 1^{er} juillet 1919, p. 5-6.

³⁸ Voir Mody KANTE, *op. cit.*, 770 p.

française³⁹ ainsi que leur esprit d'analyse et de synthèse. Pour ce faire, l'établissement possède des laboratoires d'anatomie, de microbiologie, de chimie et de physique, où les élèves se familiarisent avec des manipulations simples et les examens nécessaires au diagnostic des maladies. Les enseignants leur montrent l'intérêt de certaines épreuves de laboratoire et passent sous silence toutes celles qui sont sans intérêt pratique. L'étudiant sait ainsi ce que le médecin, après son examen clinique, doit demander au laboratoire⁴⁰. Le but est toujours le même : à côté de la formation théorique de base, l'enseignement pratique occupe une place prépondérante dans la formation des élèves.

Ainsi, dès la première année, l'enseignement reçu vise à familiariser les étudiants avec le milieu médical. Il comprend un stage hospitalier où chaque matin, les notions de base du métier d'infirmier panseur sont dispensées à l'HCII et dans ses annexes. Les élèves médecins font les pansements simples et apprennent à pratiquer des interventions de petite chirurgie, les injections, la pose de ventouses dans les affections pulmonaires, la prise de la température rectale, du poulx et l'établissement de courbes thermiques. Au lit du malade, ils font de la sémiologie pratique⁴¹. Ils apportent les prélèvements et les bulletins de visite signés par le médecin chef de service ou par l'interne du service. Au cours de ces stages, les élèves soignent les malades, rédigent les observations à la maternité indigène ou à la crèche et donnent des consultations aux femmes enceintes et aux nourrissons⁴². Les élèves de la deuxième année utilisent le stéthoscope pour l'auscultation pulmonaire et cardiaque, le garrot pour les prises de sang. Leurs camarades de la troisième année réalisent l'examen complet du malade admis à l'HCII, son observation clinique, puis rédigent un rapport immédiat au médecin-chef ou à l'interne de service. Au cours de la grande visite magistrale hebdomadaire du médecin chef, ils lisent, devant tous les élèves rassemblés, les observations et les conclusions à étayer d'un maximum d'arguments⁴³ et assurent par roulement le stage de pharmacie d'un mois à l'HCII. Quant aux élèves de la quatrième année, ils effectuent en fin d'étude un stage de deux mois à l'Institut Pasteur et à la maternité indigène de Dakar⁴⁴. À partir de 1927, ils suivent un stage d'obstétrique d'un mois⁴⁵. Chaque jeudi, de 14 heures à 17 heures, ils assurent une visite sanitaire dans les écoles de Dakar. Cette visite hebdomadaire leur permet de dépister les maladies de l'enfant⁴⁶. L'objectif est d'éliminer les affections parasitaires transmissibles. L'enseignement de l'anatomie par la dissection et les travaux pratiques de médecine opératoire, se font à l'École de médecine où les corps humains anonymes injectés au formol sont conservés durant plusieurs mois. À ce sujet, l'historien britannique John Iliffe écrit que « *la dissection de cadavres révèle aux étudiants l'immense complexité du corps humain, cela leur apprend à séparer leur objectivité de leurs émotions* »⁴⁷.

À Dakar, les étudiants commencent à disséquer dès le début de leurs études médicales. Ainsi, chaque semaine, ils font une séance de travaux pratiques, de bactériologie ou de

³⁹ ANS, O163 (31), *L'École de médecine de l'AOF (de sa fondation à l'année 1934)*, p. 20-22.

⁴⁰ Pasteur VALLERY-RADOT, « L'École de médecine de Dakar », *Revue des Deux-mondes : le splendide effort de l'Afrique occidentale française*, publié dans *Le progrès médical*, n° 7, Paris, 15 février 1936, p. 291.

⁴¹ ANS, 1H24 (26), Arrêté portant organisation de l'École de médecine de Dakar 1939-1947, annexe.

⁴² ANS, 2G21-33, Rapport sur le fonctionnement de l'École de médecine de l'AOF depuis le 1^{er} juillet 1919, p. 6.

⁴³ Joseph Issoufou CONOMBO, *op. cit.*, p. 21.

⁴⁴ ANS, O163 (31), *L'École de médecine de l'AOF (de sa fondation à l'année 1934)*, p. 17.

⁴⁵ Pascale BARTHELEMY, *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2010a, p. 113.

⁴⁶ ANS, O163 (31), *L'École de médecine de l'AOF, op. cit.*, p. 17.

⁴⁷ John ILIFFE, *East African Doctors: A History of the Modern Profession*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998, p. 74.

parasitologie, comportant la technique des prélèvements à faire pour les envois au laboratoire (sang, crachats, matières fécales, etc.) et la recherche au microscope de l'agent microbien des principales affections existantes en AOF⁴⁸. C'est un enseignement clinique au sens où l'élève apprend en examinant le malade et en lui prescrivant un traitement, sous la supervision immédiate de l'enseignant.

Contrairement à Dakar, les étudiants de l'École de Pondichéry sont autorisés à assister aux séances de la Filiale de la Société de médecine et d'hygiène tropicale de Paris, car un des buts de cette filiale est, à côté de l'étude de cas restés obscurs ou de connaissances nouvelles, la présentation de malades typiques dans un but de réimprégnation scientifique. De même, toute l'aide nécessaire est accordée à la Société des étudiants en médecine dont l'activité technique (conférences, présentations de malades) est encouragée⁴⁹.

Dans sa note n° 1111/EM, en date du 22 octobre 1930, adressée à l'inspecteur de l'enseignement à Dakar, le D^r François Pierre Crozat, chargé de cours au sein l'École de médecine (il dirige l'établissement de 1935 à 1939), mentionne que « *les futurs médecins indigènes ont le souci d'un bagage de connaissances aussi complet que possible, et pour satisfaire à ce besoin, ils lisent et apprennent sans réflexion, et sans jugement ; ils compliquent à plaisir la compréhension des questions les plus simples et se perdent dans des notions de détails qui n'ont point d'intérêt pour eux* »⁵⁰. Ce commentaire semble indiquer que dès cette date, les étudiants ont une tendance naturelle à vouloir sortir du cadre pour lequel ils sont formés et aspirent à des connaissances plus élaborées.

Chaque année, un petit nombre d'élèves pharmaciens, un au minimum et quatre au maximum, compose chaque promotion. Les élèves pharmaciens sont réunis dans des cours communs de pharmacie ou avec les élèves médecins pour des cours d'enseignement assurés par des pharmaciens militaires ou civils. La durée des études est fixée à trois ans. Les matières enseignées sont l'enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles (cours communs avec les élèves médecins), la chimie minérale, la nomenclature, les métalloïdes, les métaux, la chimie organique, la chimie biologique, les analyses biologiques, la physique générale, la physique appliquée, la botanique générale, la zoologie médicale (parasitologie), la botanique spéciale, la matière médicale, la pharmacie galénique, la pharmacie vétérinaire, la pharmacie chimique, l'hygiène, l'hydrologie, la toxicologie⁵¹. En outre, des manipulations de pharmacie et des travaux pratiques de chimie, de chimie analytique, de pharmacie chimique, de pharmacie galénique et de matière médicale ont lieu tous les matins à l'HCII où ils préparent tous les médicaments des services sanitaires. Les travaux pratiques et les cours ont lieu chaque après-midi au laboratoire de chimie de l'École de médecine⁵².

Lors des cours de pharmacie galénique et de pharmacie chimique, les élèves étudient les médicaments par groupes chimiques, sels de fer, sels de potassium, alcools, phénols, etc., en ajoutant, avant l'étude pharmaceutique de chaque groupe, un court préambule sur les caractères chimiques généraux du groupe, les procédés d'extractions des composés de ce groupe que l'on trouve dans la nature de manière à rappeler aux élèves les notions de

⁴⁸ *Idem.*, p. 20-22.

⁴⁹ D^r LABERNADIE, *La formation des auxiliaires médicaux dans les colonies françaises. L'École de médecine de Pondichéry*, Paris, Office internationale d'hygiène publique, 1936, p. 9.

⁵⁰ ANS, O163 (31), Note n° 1111/EM en date du 22 octobre 1930 du directeur de l'École de médecine de l'AOF adressée à l'inspecteur de l'enseignement à Dakar, p. 1.

⁵¹ ANS, 1H24 (26), Arrêté portant organisation de l'École de médecine de Dakar 1939-1947, annexe et pour des renseignements sur le quantum horaire.

⁵² ANS, O163 (31), L'École de médecine de l'AOF (de sa fondation à l'année 1934), p. 17.

chimie reçues au cours de leur formation à la section préparatoire aux études médicales de l'École normale William-Ponty⁵³. En outre, les élèves effectuent des travaux pratiques de chimie analytique et médicale et les travaux pratiques de pharmacie. Ils apprennent l'utilisation des plantes sèches médicales et de produits galéniques, la préparation et l'étude des caractères analytiques des produits chimiques envoyés couramment en pharmacie. De plus, ils étudient les impuretés usuelles, les manipulations de pharmacie galénique⁵⁴, la pharmacie clinique et la chimie analytique pratique⁵⁵. Il n'existe toutefois pas un enseignement sur la pharmacopée des plantes africaines. Ce n'est qu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale qu'elle va retenir réellement l'attention de nombreux chercheurs.

De 1918 à 1944, en vingt-deux promotions, seuls 35 élèves ont suivi la formation pharmaceutique à l'École de médecine de Dakar, un nombre très limité comparé aux 48 pharmaciens formés, en quatorze ans, à l'École de Hanoï, entre 1917 et 1930⁵⁶. Au Sénégal, il n'est pas question de perdre du temps ! Comme l'indique l'inspecteur général de l'enseignement, les formateurs doivent « recruter les meilleurs éléments et renvoyer les autres chez eux »⁵⁷.

Pendant sa première année d'existence (1918), l'École de médecine ne comprend qu'une section d'élèves-médecins et une section d'élèves sages-femmes. L'année d'après, en 1919, sont ouvertes la section de pharmacie et la section de médecine vétérinaire. Mais la section d'élèves sages-femmes reste pendant une décennie la seule institution à former en trois ans une élite féminine jusqu'en 1930, date à laquelle des infirmières-visiteuses complètent le contingent des auxiliaires de santé. Lors de sa création en 1918, le décret organisant l'École de médecine indique qu'elle a pour mission de former des médecins et des sages-femmes indigènes.

III) LES PROGRAMMES DE FORMATION DES SAGES-FEMMES ET DES INFIRMIÈRES

Dès le début de la colonisation, les médecins militaires coloniaux mentionnaient dans leurs rapports l'inquiétante mortalité maternelle et infantile due, selon eux, à l'ignorance de la puériculture et à la fréquence des maladies endémiques, épidémiques et sociales en Afrique subsaharienne⁵⁸. La création d'une section sages-femmes à l'École de médecine de Dakar, en 1918, répond à un besoin urgent et précis : la lutte contre la mortalité et la mortalité infantile. L'objectif du programme est de donner aux élèves, en trois années, une instruction générale élémentaire et une instruction médicale pratique et simple. Au cours de cette période, les jeunes filles sont soumises au régime de l'internat situé à l'intérieur de l'établissement⁵⁹. Lors de l'ouverture de la section, le programme des études de sages-femmes est encore flou. La première année est une année d'adaptation, consacrée à l'instruction générale. Tous les matins, soit dans les salles de l'HCII, soit à l'IHS, les étudiantes sont initiées au rôle d'infirmière, aux règles de la

⁵³ Robert CORNEVIN, « À propos de la politique française de l'éducation et de la formation des élites en Afrique noire (1940-1960) », *Res publica*, vol. XII, n° 4, 1970, p. 651.

⁵⁴ La pharmacie galénique et la matière médicale (deux cours par semaine).

⁵⁵ ANS, 1H24 (26), Arrêté portant organisation de l'École de médecine de Dakar 1939-1947, annexe et pour des renseignements sur le quantum horaire.

⁵⁶ Indochine française. Direction générale de l'instruction publique, *op. cit.*, p. 12-13.

⁵⁷ François-Xavier FRELAND, *L'Africaine blanche. Germaine Le Goff, éducatrice mythique 1891-1986*, Paris, 2004, p. 41.

⁵⁸ Cyrille AGUESSY (médecin auxiliaire), « Rôle des médecins et sages-femmes auxiliaires de l'AOF dans l'Assistance médicale indigène », *Bulletin de l'Enseignement de l'AOF*, n° 22, 1933, p. 198.

⁵⁹ ANS, 1H7 (1), « L'École de médecine indigène de l'AOF » par Louis COUVY, p. 9.

propreté personnelle, au contact avec les malades, les salles, les soins et les pansements divers, de même qu'à la pratique des injections hypodermiques et intramusculaires, à la prise de température, à la stérilisation des pansements et des instruments. Elles sont sous l'autorité d'une infirmière européenne, chargée de cette instruction pratique. L'après-midi est surtout consacré à des cours d'instruction générale, dispensés par une maîtresse des écoles de Dakar, et à quelques causeries ayant pour but de leur donner des notions succinctes, mais nécessaires, d'anatomie, de physiologie humaine et d'hygiène élémentaire⁶⁰.

En 1924, le programme des études prévoit des heures de français, d'arithmétique et des leçons de choses s'appliquant à l'hygiène et un nombre d'heures réservé à la couture, car les filles font une partie de leurs trousseaux elles-mêmes, sous la direction d'une monitrice européenne⁶¹.

L'instruction technique, donnée en deuxième année, comprend les notions d'anatomie, de physiologie sur la circulation sanguine, la respiration, la digestion, l'excrétion (les grands émonctoires digestifs et urinaires), l'hygiène générale⁶², la pathologie élémentaire de la femme enceinte et du nourrisson⁶³. La grossesse pathologique et les diagnostics sont en outre enseignés afin que les élèves sachent les reconnaître pour avertir à temps le médecin. Le nombre d'heures par semaine consacré à chaque matière est de deux heures. Les autres heures disponibles sont consacrées à des répétitions, des interrogations et des études surveillées⁶⁴.

En dehors de cette formation théorique, les élèves sont tenues d'assister aux consultations prénatales et aux consultations des nourrissons. À la maternité indigène de Dakar, elles y trouvent une méthode éducative, professionnelle et administrative. Les vaccinations antivarioliques et antituberculeuses des nourrissons y sont pratiquées. Un service de consultation de nourrissons fonctionne à la maternité, assuré tous les jours, de 8 heures à midi, par le médecin accoucheur, les maîtresses sages-femmes, les élèves sages-femmes et un élève médecin de quatrième année, stagiaire. Une élève sage-femme de troisième année est préposée à l'inspection des nourrissons⁶⁵. Les jeunes filles y apprennent, en effet, non seulement, à faire les accouchements, mais, il leur incombe aussi de tenir des registres divers, les situations quotidiennes, etc. et d'établir les demandes de produits pharmaceutiques et d'objets de pansement⁶⁶. Dans les salles d'accouchées, elles secondent les sages-femmes européennes et s'occupent plus spécialement des soins à donner aux nouveau-nés. De plus, elles servent d'aide à leurs camarades de troisième année. Dans des leçons expliquées, avec dessins, images, moulages, mannequins, films, elles sont instruites de la marche normale d'une grossesse, d'un accouchement, d'une délivrance, des soins qu'elles doivent donner à un nouveau-né et des détails de l'allaitement. On leur apprend aussi les médicaments courants qu'elles auront à utiliser une fois diplômées. Aux heures de loisirs, on leur enseigne à

⁶⁰ D^r CROZAT, « Formation et rôle des sages-femmes », *Hygiène sociale. Revue médicale internationale (Métropoles, Colonies, Pays chauds)*, Paris, Journées médicales internationales, n° 63, octobre 1931, p. 1201.

⁶¹ En première année, les enseignements comprennent l'instruction générale, l'histoire de la civilisation, l'anatomie, la physiologie, la puériculture, la petite chirurgie et la couture. Le programme de deuxième année est identique à celui de la troisième année, composé de l'obstétrique, de la puériculture, de l'anatomie, de la zoologie, de l'instruction générale, de la couture et de la clinique.

⁶² Hygiène spéciale à l'enfance.

⁶³ Obstétrique normale.

⁶⁴ ANS, IH24 (26), Arrêté portant organisation de l'École de médecine de Dakar, 1939-1947, annexe.

⁶⁵ R. OUDINOT, « Hygiène coloniale. Les maternités de Dakar », *Le mouvement sanitaire : organe officiel de l'Association des médecins hygiénistes français*, vol. 6, 6^e année, n° 57, 31 janvier 1929, p. 545-548.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 545-548.

tailler des étoffes et à coudre des layettes pour les nouveau-nés⁶⁷. C'est à la fin de cette deuxième année que la plupart d'entre elles terminent leurs études. Seules sont autorisées à poursuivre, celles que leurs enseignants ont distinguées. Les autres redoublent leur deuxième année ou sont exclues.

La troisième année est dédiée à la mise en pratique réelle de tout ce que les élèves ont vu et appris. En un mot, c'est ce qu'elles auront à faire plus tard une fois affectées sur le terrain. Constamment, leurs erreurs et leurs fautes sont corrigées par la sage-femme instructrice européenne⁶⁸. À la consultation prénatale, elles font les diagnostics des grossesses, de présentation, l'examen d'urines, de conseils aux consultantes et de traitements antisiphilitiques. À la consultation des nourrissons, elles examinent les enfants, les pèsent, donnent des conseils alimentaires, d'hygiène et de propreté, préparent le coupage du lait, les bouillies et vaccinent contre la variole, la tuberculose, avec le Bacille de Calmette et Guérin (BCG)⁶⁹.

En salle, les jeunes filles surveillent la marche du travail, font les accouchements, pratiquent les délivrances et donnent les soins aux nouveau-nés. Elles doivent parer aux incidents, comme l'hémorragie légère, et éventuellement ranimer les enfants. Dans les services des accouchées, elles font les soins, notent l'involution utérine, la température, le poulx et surveillent l'allaitement, les complications, la courbe de croissance et la vaccination au BCG⁷⁰. À deux, elles prennent le service de garde et de réception des malades de l'HCII pour 24 heures. Elles doivent demander, préparer et stériliser tout ce dont elles peuvent avoir besoin. Elles rédigent les rapports contenant leurs observations relatives aux accouchements pratiqués, consignent tous les soins qu'elles ont donnés, établissent les bulletins de naissance et fournissent la situation journalière des malades. Certaines heures sont réservées à rappeler et à commenter ce qui a été vu à la maternité indigène de Dakar et aux différentes consultations, notamment la prophylaxie de la syphilis, de l'albuminurie, de la tuberculose, ou des maladies endémiques ou épidémiques. L'objectif de cette instruction professionnelle est d'éveiller la curiosité sur quelques points de la pathologie du nourrisson, et cela pour qu'elles puissent demander l'aide médicale et le secours en temps voulu⁷¹. Les jeunes filles sont formées pour devenir des « accoucheuses », mais aussi des auxiliaires capables de tenir une consultation pédiatrique, de répandre les principes d'hygiène dans le milieu africain où elles seront appelées à vivre⁷². Elles devront, par exemple, lutter contre le tétanos ombilical du nouveau-né, qui peut être provoqué par la section du cordon ombilical avec un instrument artisanal non stérilisé ou par des tissus porteurs du germe.

L'emploi du temps prévoit en fin de journée, de 15 heures 30 à 16 heures 30, une contre-visite dans les salles de l'HCII et de la maternité indigène de Dakar⁷³. Cet effort en faveur de la préservation de la santé des mères et des enfants en AOF fait partie d'un ensemble de mesures qui s'étend à tous les domaines coloniaux de l'époque. En Indochine française par exemple, l'Association maternelle de Cholon, basée à Saïgon, qui est une institution privée, recrute des Vietnamiennes depuis 1901 tandis que l'École de médecine de Hanoï forme également des sages-femmes. Au Maghreb, la prise en charge sanitaire

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ D'CROZAT, *op. cit.*, p. 1201.

⁶⁹ Françoise THEBAUD, *Quand nos grand-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1986, p. 27-51.

⁷⁰ D'CROZAT, *op. cit.*, p. 1201.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² ANS, O163 (31), L'École de médecine de l'AOF (de sa fondation à l'année 1934), p. 22-23.

⁷³ *Idem.*

des femmes repose presque exclusivement sur des médecins, des assistantes sociales et des infirmières européennes. Dans les colonies britanniques, ce sont les missionnaires qui assurent la formation des sages-femmes, comme au Nigeria avec la *Wesleyan Girls' High School* qui œuvre depuis 1907 à Lagos ; en Ouganda, la *Church Missionary Society* finance en partie la *Maternity Training School* fondée en 1918 et le collège de Makerere, près de Kampala, créé en 1922 et ouvre en 1928 une section sage-femme ; et en Gold Coast, les premières sages-femmes sont formées à la maternité d'Accra à partir de 1928⁷⁴. Il existe donc de nombreuses variations dans la manière de mettre en place une politique de Protection Maternelle et Infantile (PMI)⁷⁵.

Il convient également de mentionner l'attention accordée à l'instruction et au développement de l'éthique médicale⁷⁶ des élèves. À Dakar, les médecins et les sages-femmes français, qui assurent l'enseignement scientifique, travaillent avec la directrice de l'internat qui est chargée de l'instruction générale mais aussi d'une stricte discipline⁷⁷, pour que le groupe ne sombre pas dans le désordre, ce que le philosophe Michel Foucault appelle « *un système précis de commandement* »⁷⁸. Henri Froidevaux, secrétaire de l'Office colonial près de la faculté des lettres de l'université de Paris, écrit à ce sujet que « *[l] 'introduction dans les programmes de notions d'éthique, permet aux enseignants de développer chez les élèves le sentiment de la dignité personnelle, l'esprit de conduite et le gouvernement de soi, de leur inculquer également quelques idées directrices, des habitudes d'ordre, de propreté, de prévoyance, de politesse...* »⁷⁹. Ainsi, le médecin lieutenant-colonel François Pierre Crozat souligne que « *pendant toute la durée de leurs études, chaque fois que l'occasion s'en présente, il est rappelé à ces jeunes indigènes les règles de leur profession : devoir, conscience professionnelle, dévouement et aussi pitié des malades... On leur montre les responsabilités graves qu'elles vont encourir du fait de leur profession et les écueils qu'elles doivent éviter pour ne pas tomber au rang d'une 'vulgaire' matrone* »⁸⁰. Comme en AOF, la tâche des sages-femmes des Indes françaises a été très difficile. Ces auxiliaires médicales, diplômées de l'École de Pondichéry, se heurtent en effet aux accoucheuses traditionnelles hindoues, aux femmes des barbiers et des blanchisseurs, qui forment des castes distinctes et possèdent la confiance de leur clientèle⁸¹.

Faut-il le souligner que l'insuffisance de l'instruction des filles retient l'attention des responsables de l'établissement. En 1931 par exemple, D^r François Pierre Crozat est allé jusqu'à écrire que « *les filles sont douées d'une mémoire véritablement prodigieuse, mais dépourvue de sens critique, incapables de faire l'effort de comprendre. Donc, il faut se garder de brouiller ces cerveaux encore peu adaptés par un enseignement théorique. Et il faut leur donner un enseignement surtout pratique se rapprochant toujours des conditions dans lesquelles elles auront à exercer. L'effort de*

⁷⁴ Pascale BARTHÉLÉMY, *op. cit.*, 2010a, p. 27-28.

⁷⁵ Anne CORNET, *Action sanitaire et contrôle social au Rwanda (1920-1940) : femmes, missions et politiques de santé*, Thèse de doctorat d'Histoire, Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain, 2005, p. 720.

⁷⁶ Henri FROIDEVAUX, « L'enseignement indigène dans les colonies françaises. Valeur, nature, méthodes », dans Institut Colonial International, *L'enseignement aux indigènes. Documents officiels précédés de notices historiques – Indes orientales néerlandaises, Suriname, Alaska, États-Unis, Îles Philippines, Inde britannique, Congo belge, colonies portugaises, colonies françaises*, tome 1, Bruxelles, Paris Londres, Berlin & La Haye, 1909, p. 486.

⁷⁷ Pascale BARTHÉLÉMY, *op. cit.*, 2010a, p. 111.

⁷⁸ Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 195.

⁷⁹ Henri FROIDEVAUX, *op. cit.*, p. 486.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ D^r ABBATUCCI (médecin principal de première classe des troupes coloniales), « L'école de médecine de Pondichéry », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Paris, Imprimerie nationale, 1925, n° 23, p. 126.

réflexion personnelle qu'on exige d'elles les désoriente car elles ne sont pas habituées à fournir ce type d'effort sous la forme exigée »⁸². Cet aspect a peut-être échappé aux autorités médicales de l'époque : vouloir bien faire à « l'identique » peut être incapacitant et fausser le jugement de l'observateur. Voulant bien faire et paraître de bonnes élèves, les jeunes filles récitent à la virgule près les phrases qu'elles ont entendues. Soumises à une stricte discipline, elles n'osent pas sortir de leur condition féminine et montrer leurs réelles capacités intellectuelles devant des observateurs occidentaux qui peuvent se montrer bienveillants mais qui sont eux aussi soumis aux préjugés de genre de l'époque. Dans le même ordre d'idée, le médecin général Louis Couvy écrit que « l'obligation d'un enseignement concret s'affirme plus impérative à cause de la médiocrité de l'instruction de base des élèves sages-femmes ». Il mentionne aussi que « les notions très élémentaires de français et de calcul, acquises dans les écoles de village, sont d'une insuffisance telle que tout l'enseignement de la première année de l'École de médecine, doit être consacré à une pénible initiation d'instruction générale primaire »⁸³. » Le D^r Couvy oublie cette particularité du processus de scolarisation en contexte colonial, c'est-à-dire l'importance accordée à la langue d'enseignement qui est le français. Si en AOF, le français reste partout la seule langue officielle d'enseignement des élèves, ailleurs dans l'Empire, les différences portent sur le choix des langues d'enseignement (langues locales à Madagascar ou en Indochine à l'école élémentaire)⁸⁴.

De surcroît, les élèves ont de grosses lacunes en physique, en chimie et en histoire naturelle, sciences indispensables à la médecine moderne et qui font l'objet d'un enseignement complet à l'École de Dakar. À ce sujet, Madame Nogue⁸⁵, première directrice de l'internat chargée de la « formation morale et intellectuelle » des étudiantes, écrit : « Dans nos classes d'élèves sages-femmes nocives, ce qui, avant toute autre observation, saute aux yeux, c'est l'extrême pauvreté du vocabulaire de ces jeunes filles »⁸⁶. Elle réitère que « le but de la formation n'est pas de donner à ces adolescentes ce que l'opinion courante a coutume d'appeler une bonne instruction »⁸⁷, mais de transmettre quelques notions qui doivent empêcher les jeunes filles « de vivre comme des emmurées »⁸⁸. Dans une vision très européoctrée, Madame Nogue est donc consciente du problème de niveau de ses élèves et juge nécessaire d'essayer de les faire sortir de leurs déterminants sociologiques et culturels pour libérer leurs potentialités intellectuelles.

Dans la même direction de pensée, Mademoiselle Condo, directrice de l'internat des élèves sages-femmes, souligne en 1935 « des difficultés de grammaire, vocabulaire et orthographe qui rendent plus ardues la compréhension et l'utilisation du vocabulaire médical ». Elle ajoute que « leur niveau d'instruction générale, après deux ou trois années d'études spéciales dans cet établissement, reste encore dans l'ensemble celui du Certificat d'Études Primaires Élémentaires (CEPE) ; certaines élèves de deuxième et

⁸² D^r CROZAT, *op. cit.*, p. 1201.

⁸³ COUVY (médecin général), « Formation morale et technique des médecins indigènes », *Hygiène sociale. Revue médicale internationale (Métropoles, Colonies, Pays chauds)*, Paris, Journées médicales internationales, n° 63, octobre 1931, p. 1199.

⁸⁴ Pascale BARTHÉLÉMY, « L'enseignement dans l'Empire colonial français : une vieille histoire ? », *Histoire de l'éducation*, n° 128, octobre-décembre 2010b, p. 24.

⁸⁵ Épouse du D^r Nogue (médecin major de deuxième classe des troupes coloniales), en service à l'École de médecine à la même époque.

⁸⁶ NOGUE Madame (directrice de l'internat de sages-femmes), « Les sages-femmes auxiliaires de l'Afrique occidentale française », *Extrait du Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, 1923, Gorée, Imprimerie du gouvernement général, n° 2 avril-juin et n° 3 juillet-septembre, p. 23-35.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*, p. 23-35.

troisième année descendent même au-dessous de ce niveau ; et les filles travaillent davantage pour le diplôme que pour acquérir un bagage intellectuel ou scientifique qui les armerait pour la vie, et l'intelligence est moyenne »⁸⁹.

L'historienne Catherine Coquery-Vidrovitch souligne ce faible niveau des filles et met en évidence un autre aspect : « [que la] fille soit scolarisée ou non, l'idée prédominait que c'était moins important parce que la fille était moins intelligente que le garçon : croyance largement partagée par les filles elles-mêmes qui se référaient à leurs moins bons résultats, largement dus aux charges domestiques qu'elles continuaient d'assumer alors que les garçons en étaient quasiment dispensés »⁹⁰, mais en métropole nombreux étaient à cette époque ceux qui avaient les mêmes opinions. À cela s'ajoute la pression sociale qui pèse sur elles, les attentes de la société à leur égard, la précocité de l'âge de mariage, etc. Elles préférèrent une vie plus traditionnelle. Parfois même, elles sont fiancées ou mariées à cet âge⁹¹, alors que la fréquentation scolaire retarde le mariage. L'historienne Pascale Barthélémy avance que « le faible niveau d'instruction des élèves sages-femmes est probable, mais ces considérations reposent aussi sur des préjugés racistes et sexistes. Jugées inférieures et irrationnelles parce qu'Africaines, les élèves sont aussi, en tant que femmes, considérées comme peu réceptives aux connaissances scientifiques théoriques car d'une intelligence sensible, intuitive et pratique »⁹². On retrouve le même préjugé (à un moindre degré) chez les élèves garçons que l'on estime peu aptes à suivre des cours théoriques.

Dans son article « Autrefois, notre pays s'appelait la Gaule... » publié voici une quarantaine d'années, l'historienne Denise Bouche apporte des éléments de réponse à cette question en montrant que « l'enseignement colonial en Afrique occidentale échappe difficilement à [ces] accusations d'avoir importé l'enseignement métropolitain, traumatisant et de très faible rendement, ou d'avoir créé par des adaptations un enseignement au rabais »⁹³. Selon l'historienne : « ils prêtent le flanc à l'accusation d'avoir volontairement distribué un enseignement au rabais qui ne débouche pas sur les études supérieures et sur le doctorat en médecine afin d'empêcher les Africains d'accéder aux fonctions supérieures »⁹⁴. Or, à la même époque, les étudiants de l'École médicale de Hanoï sont autorisés pour des raisons familiales ou d'études à passer leur doctorat devant une autre faculté de France ou d'Algérie, notamment devant celles qui possèdent un institut de médecine coloniale. Réciproquement, les universités métropolitaines qui possèdent un institut identique peuvent envoyer leurs étudiants à l'École de Hanoï⁹⁵. Et, dès 1901, bien avant l'ouverture de l'établissement de Dakar, le programme des études de l'École de médecine de Tananarive est calqué sur celui de la

⁸⁹ ANS, O14 (31), Bordereau d'envoi de pièces n° 7724, du 8 juillet 1935, adressé à l'IGSSM ; Pascale BARTHELEMY, *op. cit.*, 2010(a), p. 114.

⁹⁰ Catherine COQUERY-VIDROVITCH, *Les Africaines. Histoire des femmes d'Afrique subsaharienne du XIX^{ème} au XX^{ème} siècle*, Paris, La Découverte, 2013, p. 240.

⁹¹ Papa Guèye FALL (directeur de l'École urbaine de l'avenue Faidherbe), « La vie scolaire de l'AOF. L'enseignement des filles au Sénégal et dans la circonscription de Dakar », *L'éducation africaine (Bulletin de l'enseignement de l'AOF)*, 23^e année, n° 87, juillet-décembre 1934, p. 192.

⁹² Pascale BARTHELEMY, *op. cit.*, 2010(a), pp. 112-113.

⁹³ Denise BOUCHE, « Autrefois, notre pays s'appelait la Gaule... Remarques sur l'adaptation de l'enseignement au Sénégal de 1817 à 1960 », *CEA*, 1968, p. 122.

⁹⁴ *Ibid.*

⁹⁵ Indochine française. Direction générale de l'instruction publique, *L'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de l'Indochine*, Hanoï, Imprimerie d'Extrême-Orient, 1931, p. 12.

faculté de Montpellier et des relations suivies sont établies entre les deux secrétariats⁹⁶. On y trouve donc toutes les matières de la médecine et des sciences attenantes. Les différentes branches des sciences médicales sont étudiées de façon à être mises à la portée de l'instruction des étudiants. Contrairement au Sénégal, d'après l'inspecteur général de l'enseignement, « *la France veut des femmes évoluées, des sages-femmes et des infirmières. Mais attention, pas d'intellectuelles !* »⁹⁷. Ceci montre le retard accusé par l'AOF par rapport aux autres territoires coloniaux français. Les faits sont incontestables, mais l'origine du problème réside dans l'extrême faiblesse de l'enseignement primaire et secondaire qui n'avait pas été développé suffisamment tôt et sur une grande échelle. Force est de reconnaître, à l'encontre de tous les territoires de l'AOF, seul le « petit » Dahomey a partiellement réussi à réduire son handicap.

Pendant sa première année d'existence, l'École de médecine ne comprend que deux sections : une d'élèves médecins et une d'élèves sages-femmes. Dès le 1^{er} novembre 1919, sont ouvertes deux autres sections : une pour les élèves vétérinaires et une autre pour les élèves pharmaciens. Mais la section d'élèves sages-femmes reste pendant une décennie la seule institution à former en trois ans une élite féminine jusqu'en 1930, date à laquelle des infirmières-visiteuses complètent le contingent des auxiliaires de santé.

L'orientation générale de la politique scolaire coloniale française pendant la période qui sépare les deux guerres mondiales est essentiellement définie par la circulaire du 10 octobre 1920 d'Albert Sarraut, ministre des Colonies, qui indique la ligne à suivre pour l'organisation et le développement de l'enseignement⁹⁸. Selon les instructions ministérielles, le développement de l'éducation des coloniaux se présente « *comme la tâche que commandent impérieusement, au lendemain de la guerre, les sollicitudes égales de notre devoir et de notre intérêt* »⁹⁹. Ainsi, la section infirmière-visiteuse de l'École de médecine de Dakar, qui commence à fonctionner à partir de 1930, entre dans le cadre de cette politique de mise en valeur des colonies, c'est-à-dire la préservation de la population et de la natalité¹⁰⁰, préconisée par Albert Sarraut. Cette nouvelle section répond en outre à la nécessité de créer une passerelle entre les services de santé et la concession indigène afin de vulgariser la médication occidentale et vaincre la réticence des populations¹⁰¹. Ces jeunes filles sont formées au Sénégal pendant deux ans, mais en nombre insuffisant. En neuf promotions, de 1930 à 1938, elles ne sont que 62 diplômées de cette éphémère section. Si leur formation est comparable à celle des élèves sages-femmes, complétée par des cours d'hygiène, de médecine préventive et de puériculture, c'est un niveau inférieur à celui de ces dernières.

Au cours de la première année, les élèves suivent le même enseignement que leurs consœurs sages-femmes, en ce qui concerne l'initiation au rôle d'infirmière et

⁹⁶ Jérôme MERLIN, « L'assistance médicale à Madagascar (1896-1950). Un exemple d'interaction entre services de santé, appareils administratifs et objectifs politiques », *Collection Clio en Afrique*, n° 8, automne-hiver 2002, Centre d'études des mondes africains (CEMAf) MMSH, Aix-en-Provence, p. 30.

⁹⁷ François-Xavier FRELAND, *op. cit.*, p. 41.

⁹⁸ Papa Ibrahima SECK *La stratégie culturelle de la France en Afrique : l'enseignement colonial, 1817-1960*, Paris, L'Harmattan, 1993, p. 80-81.

⁹⁹ Danielle DOMERGUE-CLOAREC, *Politique coloniale française et réalités coloniales : la santé en Côte d'Ivoire, 1905-1958*, Paris, Académie des sciences d'outre-mer et Toulouse, Université de Toulouse, 1986, p. 204.

¹⁰⁰ Ahmeth NDIAYE, « La formation du personnel africain de la santé en AOF », dans Charles BECKER, Saliou M'BAYE & Ibrahima THIOUB (sous la dir.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés Ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, tome 2, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, 1997, p. 1195.

¹⁰¹ Mor NDAO, « Enfance et ordre colonial. La politique sanitaire au Sénégal : discours et réalités (1930-1960) », *Revue sénégalaise d'histoire*, Nouvelle série, Université Cheikh Anta Diop, Faculté des lettres et sciences humaines, Département d'histoire, Dakar, 2005, p. 2.

l'amélioration de l'instruction générale¹⁰². Les enseignements portent ainsi sur les notions d'hygiène pratique telles que l'hygiène de la grossesse (alimentation de la femme enceinte, habillement, vêtements, travail, propreté), de l'accouchement (propreté de la case, du lit, propreté et préparation de la paternité, les objets nécessaires à l'accoucheuse (leur propreté, la conduite à tenir en cas d'accouchement difficile), les soins à donner aux nouveau-nés (section du cordon, soins à donner à l'ombilic, pansements consécutifs de la plaie ombilicale, soins à donner aux yeux, toilette de l'enfant, habillage, conduite à tenir en cas d'asphyxie), ou aux accouchées (la délivrance, la propreté de l'accouchée, le repos après l'accouchement, l'alimentation).

Au cours de leur cursus, les jeunes filles apprennent en outre les mesures d'hygiène que doivent respecter les nourrices (alimentation, boissons, interdictions alimentaires, travail, soins à donner aux seins, les crevasses, influence des maladies et des médicaments sur la sécrétion lactée) et l'hygiène de l'enfant (le couchage de l'enfant, l'utilité du berceau, protection contre le froid, l'utilisation de la moustiquaire, la propreté et les bains, l'habillement, la conduite à tenir pendant quatre ou cinq mois). De plus, elles suivent des cours portant sur l'alimentation du nourrisson (l'allaitement maternel : le nombre de tétées, leur durée, la quantité de lait à donner, le poids de l'enfant dans la surveillance de l'alimentation, l'alimentation de l'enfant jusqu'au douzième mois), le sevrage (l'alimentation de l'enfant à partir du douzième mois, le remplacement progressif du lait par les farines, les bouillies, préparation des bouillies, manière de les donner, l'alimentation à partir du quinzième mois, à partir de deux ans, les dangers d'une alimentation adulte trop rapide)¹⁰³ pour éviter le kwashiorkor (ou malnutrition protéique)¹⁰⁴.

Cette situation est similaire à celle de la Gold Coast, une colonie sous domination britannique. L'historienne Anne Hugon souligne que « *l'un des combats menés par les médecins porte sur les habitudes concernant l'allaitement : aux tétées à la demande, habituelles dans les familles ghanéennes, on oppose les tétées à heure fixe, propre à inculquer aux bébés une régularité indispensable à leur développement. C'est donc en tant qu'éducatrices que l'on s'adresse aux mères, qui ne sont pas de simples nourrices* »¹⁰⁵ primaires.

Au Sénégal, les enseignements portent aussi sur la prophylaxie des maladies de la grossesse et de l'enfance, un moyen pour combattre la syphilis¹⁰⁶, la tuberculose, le paludisme¹⁰⁷, mais aussi la morbidité et la mortalité infantiles¹⁰⁸ ; les maladies du nourrisson et de l'enfant¹⁰⁹, les maladies des voies respiratoires¹¹⁰, l'ophtalmie purulente¹¹¹.

C'est au cours de leur deuxième année que les élèves reçoivent une formation

¹⁰² D^r CROZAT, *op. cit.*, p. 1202.

¹⁰³ ANS, 1H31 (26), Programmes de l'enseignement à donner aux infirmiers sanitaires, aux infirmières-visiteuses et aux matrones traditionnelles, p. 7-8.

¹⁰⁴ *Ibidem*.

¹⁰⁵ Anne HUGON, « La redéfinition de la maternité en Gold Coast, des années 1920 aux années 1950 : projet colonial et réalités locales », dans Anne HUGON (sous la dir.), *Histoire des femmes en situation coloniale. Afrique et Asie, XX^{ème} siècle*, Paris, Éditions Kartala, 2004, p. 158.

¹⁰⁶ Maladie héréditaire, les lésions dites hérédosyphilitiques du nourrisson.

¹⁰⁷ Les symptômes, la prophylaxie, la quinine préventive et les doses à donner chez l'enfant.

¹⁰⁸ Leurs causes à la naissance (hémorragies ombilicales, tétanos ombilical) et leurs causes au-delà de la première année (affections gastro-intestinales, affections pulmonaires, paludisme).

¹⁰⁹ Les affections gastro-intestinales : leurs causes, leurs symptômes, leurs traitements et prophylaxie.

¹¹⁰ Leurs causes, leurs symptômes et prophylaxie.

¹¹¹ ANS, 1H31 (26), Programmes de l'enseignement à donner aux infirmiers sanitaires, aux infirmières-visiteuses et aux matrones traditionnelles, p. 9.

uniquement pratique : service des consultations et visites quotidiennes à domicile sous la conduite d'infirmières-visiteuses européennes¹¹², qui leur rappellent l'importance des stages hospitaliers dans les différents services de consultations du dispensaire d'hygiène sociale et de la maternité indigène de Dakar. Ces jeunes filles sont instruites sur la gravité des maladies sociales, endémiques et épidémiques. Elles reçoivent des notions élémentaires d'hygiène générale et d'hygiène concernant la femme enceinte et le nourrisson. Elles deviennent partie intégrante de l'équipe de soins. Quotidiennement à Dakar, sous la direction d'infirmières européennes, elles font des visites à domicile dans les quartiers de Sandaga¹¹³ et Médina¹¹⁴. Elles visitent les cases traditionnelles africaines, notent leur état de salubrité, le nombre de pièces, leurs dimensions, l'aération, le nombre des habitants, l'état de santé de chacun d'eux. Les conseils que chaque visite comporte sont donnés, et les résultats en sont contrôlés lors des visites ultérieures. Les malades ou toute personne ayant besoin de soins sont encouragés, avec insistance, à se rendre soit au dispensaire, soit à la maternité indigène de Dakar, soit à l'HCII. Les élèves infirmières-visiteuses visitent les tuberculeux, leur distribuent des crachoirs, font des soins à domicile. Elles participent encore à la campagne de quininoprophylaxie chez les enfants africains, associée à la lutte contre les moustiques, en préconisant l'usage des moustiquaires et l'élimination des eaux stagnantes, refuges des larves. Elles rendent compte de l'état de certains malades qui leur sont signalés et en rapportent des nouvelles ou les amènent à la consultation. C'est au cours de ces visites que sont faites, à Dakar, les vaccinations au BCG des enfants nés en ville¹¹⁵.

Force est de souligner que leur travail est pénible puisqu'il leur faut beaucoup marcher. François Pierre Crozat note que « *leur travail est ingrat aussi, car souvent les stagiaires sont mal reçues avant d'être écoutées, mais leur travail est utile parce qu'il favorise le rapprochement de l'autochtone des services d'assistance médicale* »¹¹⁶. Cette situation ressemble à celle constatée par Anne Hugon dans la Gold Coast britannique, où les visites à domicile sont organisées en tandem, avec une Africaine et une Européenne. L'historienne met en évidence que « *la tâche du duo de visiteuses était de prodiguer aux mères des conseils sur la tenue de la maison et les soins aux enfants : elles improvisaient parfois des démonstrations, expliquant par exemple comment baigner les nourrissons ou comment préparer certains plats. L'autre volet de leur action consistait à convaincre les mères des conseils du bien-fondé de visites régulières au centre de PMI le plus proche ou aux consultations prénatales, pour les femmes enceintes* »¹¹⁷. La santé des enfants était donc clairement définie comme du ressort des infirmières-visiteuses.

À Dakar, chaque professeur de clinique veille à ce que la présence des mères dans les différents services soit effective et se traduise par un travail utile au service ; pratique connue dans les hôpitaux militaires métropolitains sous le nom de « *malade travailleur* », d'après notre interlocuteur Louis-Armand Héraut. Les présentations de malades et les examens de laboratoire clinique ont ainsi lieu quotidiennement. À la fin de chaque stage,

¹¹² COUVY (médecin général), *op. cit.*, 1931, p. 1199.

¹¹³ Aujourd'hui ce lieu accueille le plus grand marché de Dakar, sous le même nom.

¹¹⁴ Ce quartier conserve son nom aujourd'hui. L'histoire du village de Médina est liée à celle de la peste au Sénégal. À la suite de la brusque apparition, en 1914, de cette maladie à Dakar et de la rapide extension du fléau, l'administration supérieure locale a dû, pour combattre l'épidémie, l'enrayer et en prévenir le retour, prendre des mesures énergiques et notamment l'installation d'un village indigène aux environs de la ville. Cf. Bruno SALLERAS, *La peste à Dakar en 1914 : Médina ou les enjeux complexes d'une politique sanitaire*, Thèse de doctorat de Troisième cycle d'Histoire, École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris, 1984, 1984, p. 107.

¹¹⁵ D' CROZAT, *op. cit.*, p. 1202.

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ Anne HUGON, *op. cit.*, p. 156-157.

les élèves reçoivent des notes d'application qui comptent pour une large part dans les classements semestriels. À la fin de l'année scolaire, elles participent aux examens cliniques de malades¹¹⁸.

Il convient de reconnaître qu'au cours des deux années de leur formation au Sénégal, les élèves infirmières-visiteuses acquièrent avec peine l'instruction pratique. C'est pourquoi, en 1938, leur section, peu attractive, est supprimée à l'École de Dakar¹¹⁹ alors que la même année, en France, le diplôme d'infirmière-visiteuse fusionne avec celui d'assistante sociale, institué en 1932 pour réglementer une profession qui existe depuis plusieurs années¹²⁰. À ce sujet, le médecin général Pezet, inspecteur général des services sanitaires et médicaux de l'AOF, soutient en 1944 que la réalisation prochaine en Afrique subsaharienne d'un service d'assistance sociale ne justifie plus le maintien d'une section d'infirmières-visiteuses au Sénégal. Et, il appartient désormais à chaque gouvernement intéressé de créer des écoles locales à rattacher soit à un hôpital soit à un institut d'hygiène sociale¹²¹.

Pour conclure, l'objectif de l'École médicale de Dakar est de former, avec un cursus plus court, des auxiliaires médicaux de la première génération, fonctionnaires subalternes, sans équivalence de titres avec leurs homologues de France, puisqu'ils ne sont ni bacheliers ni docteurs titrés. De plus, ils sont placés sous l'autorité de médecins, pharmaciens européens du Service de santé colonial. La France n'a pas les moyens de ses ambitions : il faut donc faire beaucoup avec peu...

C'est un enseignement médical tronqué par rapport à celui délivré dans les facultés de médecine métropolitaines, destiné à former des praticiens immédiatement opérationnels. Faute de moyens, de personnel qualifié et de temps, « *l'enseignement est demeuré en AOF un phénomène ne touchant qu'une minorité et une affaire de sélection* »¹²². Le but de l'École de médecine n'était donc pas de conduire le plus grand nombre, mais de former des auxiliaires médicaux susceptibles de participer efficacement au projet colonial.

Ainsi, il s'est créé une petite élite de praticiens indigènes acquis à la médecine occidentale. Ces praticiens, triés sur le critère de l'éducation, étaient chargés d'appuyer les médecins européens, le plus souvent militaires, dans leur mission de médicalisation¹²³. Les enseignants de l'établissement déplorent la médiocrité des élèves, des jeunes filles surtout. Ce discours est justifié à la fois par le faible niveau de l'enseignement primaire et secondaire en AOF et par la pensée dominante des autorités coloniales, qui sont persuadées que les Africains ne peuvent pas avoir accès aux activités intellectuelles supérieures.

¹¹⁸ ANS, O454 (31), Arrêté, du 20 décembre 1927, portant réorganisation de l'École de médecine de l'AOF, p. 18.

¹¹⁹ ANS, 1H98 (163), Lettre n° 1827 Colalg/SS, du 2 août 1944, du médecin général inspecteur M. Vaucel directeur du service de santé colonial à M.M. les gouverneurs généraux de l'AOF et de l'AEF, du Cameroun et du Togo, p. 4.

¹²⁰ Pascale BARTHÉLÉMY, *op. cit.*, 2010(a), p. 30.

¹²¹ ANS, 1H98 (163), Lettre n° 1827 Colalg/SS, du 2 août 1944, du médecin général inspecteur M. Vaucel directeur du service de santé colonial à M.M. les gouverneurs généraux de l'AOF et de l'AEF, du Cameroun et du Togo, p. 4.

¹²² Henri LABOURET, « L'éducation des masses en Afrique occidentale française », *Africa: Journal of the International African Institute*, vol 8, n° 1 (janv., 1935), p. 99.

¹²³ Laurence MONNAIS-ROUSSELOT, « Paradoxes d'une médicalisation coloniale. La professionnalisation du "médecin indochinois" au XX^{ème} siècle », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, juin 2002, Dossier « Médecine, patients et politique de santé », p. 36.