

7. Politiques démographiques et sanitaires face aux “maladies sexuellement transmises” en Afrique de l’ouest Perspective historique

Charles Becker et René Collignon

La mise en relation des trois termes : société, population, santé, est du plus grand intérêt pour une approche critique de tout problème de santé. En insistant sur les politiques mises en œuvre à travers le temps au Sénégal et dans l’Ouest africain par la puissance coloniale d’abord, les Etats indépendants ensuite, nous limiterons notre propos en restreignant le sens du premier terme. Nous considérerons surtout les politiques définies, imposées, appliquées avec plus ou moins de bonheur, alors que les réactions populaires à ces dernières et les pratiques sociales dans ces domaines des groupes concernés mériteraient tout autant d’attention. Des oppositions entre la sphère des logiques décisionnelles et celle des logiques propres aux sociétés et aux groupes auxquels on prétend les appliquer ont été, et demeurent, fréquentes. Les échecs patents de ces politiques sont sans doute à rechercher dans les insuffisances notoires de la prise en considération des normes et des pratiques sociales des populations dans le domaine de la reproduction et de la santé.

Y a-t-il eu des politiques démographiques et des politiques sanitaires face aux “maladies sexuellement transmises” (MST) dans les anciennes colonies françaises et dans les Etats ouest-africains qui ont pris leur suite ? Pour autant que l’état des dispositions législatives et celui des moyens financiers ¹ dégagés permettent d’apprécier la mise en œuvre effective de politiques, il semble bien que ces domaines furent marqués de beaucoup d’hésitations et de “prudence”, même si des volontés pronatalistes ont été affirmées et si la politique sanitaire visait dans son ensemble, en s’efforçant de la conserver en bonne santé et à combattre les maladies, à accroître la population. Les textes législatifs ou réglementaires en matière de population sont rares et ont souvent été calqués sur ceux de la métropole. Les moyens dégagés ont été ceux des services de santé luttant en priorité contre les épidémies ;

¹ Nous n’aborderons pas la question des moyens financiers engagés pour la réalisation des politiques de population et de santé en matière de MST. Le sujet est malaisé à traiter, peu de réflexions ont été menées au Sénégal comme ailleurs en ce domaine, bien qu’on dispose cependant de sources intéressantes sur lesquelles on peut engager une telle réflexion.

ils ont tardé parfois à prendre la mesure du rôle majeur que certaines endémies et affections jouaient parmi les causes de mortalité locales ¹. Le problème majeur de la malnutrition n'a été que fort tardivement abordé. L'identification et la prise en compte de ces problèmes de santé publique ne se sont faites vraiment qu'à la veille des indépendances, après la Seconde Guerre mondiale ; encore faudra-t-il que la communauté internationale (Conférence de Hot Springs 1943) pèse de tout son poids en ce sens sur les métropoles coloniales en les plaçant face à l'opinion mondiale devant leurs responsabilités en matière de bien-être des populations sous tutelle (voir Worboys 1988).

Politiques de population et lutte contre les MST : liens et avatars

Lorsque commence la conquête et la progression européennes vers l'intérieur de l'Afrique, du milieu de XIX^e siècle jusqu'à la première décennie du XX^e, les puissances impériales manifestent la volonté de compter le plus de sujets possibles et le maximum de superficies à mettre sous tutelle pour y développer la production et le commerce.

Un document publié en 1895 ² nous éclaire sur l'état d'esprit de l'époque. La Société Africaine de France ayant mis au concours de 1893 le sujet : "Des moyens propres à empêcher la dépopulation de l'Afrique", elle a retenu en 1894 deux mémoires dont le contenu est ainsi analysé et discuté par Paul Bonnard, un des rapporteurs du concours :

« Les causes de la dépopulation y sont étudiées dans le monde africain en lui-même, en dehors de l'influence des Européens.

C'est d'abord l'état de guerre perpétuelle, la guerre de razzias, de pillage [...] et l'asservissement de la population sans défense, femmes, enfants, adolescents.

Ce sont aussi les guerres saintes [...] et massacre des réfractaires, [...]

C'est encore la famine : en temps de guerre, par défaut d'ensemencement, ou par suite de pillage, d'incendie de récoltes pour affamer l'ennemi ; en temps de paix, par l'imprévoyance dans les bonnes années, s'il survient quelque fléau [...]

Outre l'esclavage, la guerre, la famine, il y a l'anthropophagie et les sacrifices humains, qui causent, il est vrai, peu de morts ; mais ils contribuent [...] à maintenir l'état de guerre, qui procure les victimes.

Il y a aussi chez les musulmans, l'usage des eunuques.

Après la dépopulation par l'homme, l'auteur considère les maladies : le paludisme, la syphilis, le choléra (la petite vérole étant mentionnée plus haut, incidemment), enfin la phtisie [...]

¹ La rougeole et la coqueluche par exemple, maladies infantiles bénignes ailleurs (dans les pays d'origine des médecins coloniaux), ont eu des effets dévastateurs dans la population infantine africaine.

² Nous remercions vivement Jean-François Maurel, ancien Directeur des Archives du Sénégal, puis des Archives de la France d'Outre-Mer, qui nous a fourni en 1987 des renseignements sur ce document et nous en a communiqué une copie (*Bulletins et Mémoires de la Société Africaine de France*, t. 4, 1895 : 7-27).

Quant aux bienfaits qui suivront les puissances européennes en Afrique, ce sera, avant tout, la paix imposée, maintenue.[...]. Ce sera encore l'aménagement des eaux, le boisement, l'assainissement. L'auteur eût pu ajouter [...] : les précautions contre les épizooties, la prévoyance dans les bonnes années, la chasse aux sauterelles [...] enfin une lutte toujours plus heureuse contre les maladies : [...] il est clair que nous apporterons le vaccin au Soudan, et la petite vérole n'y fera plus, comme aujourd'hui, et comme autrefois en France, des ravages "terrifiants" [...]

Un second mémoire [a] pour devise : "Pour eux, il leur est égal que tu les avertisses ou non, ils ne croiront pas". (Koran, La Vache, 5).

L'auteur reconnaît aussi, comme la grande cause de dépopulation, l'état sauvage, et la guerre. Mais selon lui, l'influence européenne directe est funeste à l'accroissement de la population. Fait grave et qu'il faudrait établir à l'aide de documents ; il faudrait aussi en établir les causes et ne pas se borner à les conjecturer.

Est-il bien sûr que la population, sans l'influence européenne, n'eût pas diminué, au lieu de rester stationnaire ?

C'est par l'influence de l'islamisme, sous notre protectorat, que l'auteur veut repeupler l'Afrique. Par nous-mêmes, nous ne pouvons rien. Pour satisfaire nos exigences commerciales, le noir pressure ses voisins. (Ne les pressure-t-il pas pour satisfaire l'Arabe ?) Nous lui apportons le vêtement, c'est-à-dire la phtisie et la vermine : l'alcool, c'est-à-dire la guerre meurtrière [...]

Voici la conclusion de ce mémoire :

"Dans un certain milieu il est bien vu de crier que l'islamisme est l'ennemi. Je crois tout au contraire que sur tant de point la France qui se trouve en contact avec les peuples de cette religion devrait avoir une politique musulmane suivie et tendre de tous ses efforts à les grouper sous son influence".

Jusqu'ici je ne vois rien à redire, mais il y a peut-être quelque chose d'excessif en ce qui suit :

"L'Algérie, la Tunisie, et le Sénégal lui donnent une base d'influence et d'opération sérieuse... Bien d'autres états se rallieront à nous... Tous ces états pourront être groupés dans un même but : la repopulation de l'Afrique par la civilisation musulmane et le développement des intérêts français". [...]

Les deux mémoires ont paru à votre commission des travaux incomplets sans doute, mais sérieux, utiles, dignes d'être récompensés ?

Le premier [...] nous fait voir, dans l'Afrique centrale un état social si barbare qu'on ne pourra pas reprocher à l'Europe d'être intervenue au nom de la civilisation. Si elle n'intervient pas, l'Afrique continuerait à se dépeupler rapidement.

Le second mémoire envisage un grand nombre de questions intéressant le sujet. Mais l'auteur ne paraît pas avoir eu le temps de les étudier assez mûrement. Il a surtout le mérite de faire penser ; mais il éveille souvent la contradiction. Il aborde le côté le plus difficile du sujet, ce que doit être notre œuvre en Afrique. Mais la solution qu'il propose paraît trop absolue.

Ce que nous avons loué sans réserve, chez les auteurs, c'est l'intérêt que leur inspire ce grave sujet, l'élévation des sentiments, la sympathie généreuse pour les populations d'Afrique. Ils considèrent les noirs, non comme une race à supplanter, mais comme des collaborateurs nécessaires en ces climats, comme des alliés, auxquels, mieux armés nous-mêmes, nous communiquerons

une partie de nos armes, dans la grande lutte de l'humanité contre la nature.[...] » (Bonnard 1895 : 8-10).

Ce document illustre avec force les préjugés, les idéologies qui ont marqué les milieux actifs dans la promotion d'une idée coloniale en France à la fin du siècle dernier. Il montre aussi, à travers un argumentaire daté et autolégitimateur des visées européennes, une conscience que toute politique de population à édicter par les puissances coloniales s'adresse à des sociétés marquées par leurs cultures, leurs religions, leurs normes propres.

Dès cette période contemporaine des débuts des conquêtes de l'intérieur de l'Afrique, s'édifie un discours affirmant le bien-fondé de l'entreprise coloniale et justifiant une nécessaire intervention extérieure pour pallier la dépopulation du continent imputée aux sociétés africaines elles-mêmes. La volonté de contrôle, dont la permanence s'affirmera par la suite et jusqu'à présent, se manifeste dès lors avec la mise en place de structures censées donner des indications sur l'état de la population et de la santé (recensements-comptages administratifs, statistiques sanitaires), et celle de dispositifs de soins, surtout en milieu urbain dans un premier temps, et dans les zones rurales ensuite. Les décisions législatives et réglementaires, les mesures budgétaires qui concernent l'assainissement et l'amélioration de la santé sont souvent décidées lors d'épisodes épidémiques décimant à la fois les populations africaines et européennes.

Au début du siècle, des préoccupations sanitaires nouvelles se font jour. Après l'établissement de l'autorité administrative, la nécessité de fournir un nombre accru de médecins se fait sentir rapidement. Un cadre nouveau de jeunes médecins civils destinés à résider dans les centres pacifiés pour s'y employer à une assistance médicale aux populations indigènes fut proposé par un rapport du Dr Rangé, inspecteur des services sanitaires civils (ISSC), au Gouvernement général de l'AOF. L'arrêté du 8 février 1905 créait en AOF un service d'Assistance médicale aux indigènes (AMI). Cette création était motivée par une prise de conscience de l'état misérable des populations et de l'effroyable mortalité qui sévissait régulièrement dans ces régions. Une enquête fut prescrite par une circulaire du 12 avril 1905 du Gouverneur général Roume dans chacune des colonies sur les causes de mortalité, notamment infantile, et sur les moyens d'y remédier. Du rapport de l'Inspection des services sanitaires civils¹, il ressort un constat unanime de mortalité excessive dont les causes relèvent de deux grandes classes d'affections : 1) les maladies banales qu'engendrent la misère, la mauvaise hygiène, la malpropreté (la tuberculose est désignée comme la grande liquidatrice, aidée dans ses ravages de la syphilis et de l'alcoolisme), 2) les maladies spéciales à ces régions : endémies (béribéri, lèpre, maladie du sommeil, paludisme), épidémies (méningite cérébro-spinale, typhoïde, variole). C'est donc dans le contexte des maladies de misère qu'est abordée la question des maladies vénériennes. Le trio tuberculose, syphilis, alcoolisme, promu

¹ Rapport rédigé par Gallay, le successeur de Rangé (reproduit *in* Gallay 1909 : 14-45).

en Europe par les hygiénistes vers la fin du XIX^e siècle au rang de “fléaux sociaux”¹ trouve dans les colonies d’Afrique de l’ouest un écho particulier parmi les autorités sanitaires de haut rang imbues des hantises de la dépopulation, et marquées par les obsessions des pouvoirs publics métropolitains en matière de problèmes démographiques (les lois de 1893 et 1902 en métropole²).

Si Gallay (1909 : 20) signale l’impossibilité d’émettre une opinion sur la proportion possible des syphilitiques, il n’en ressort pas moins de son rapport quelques traits généraux contrastés d’une représentation du mal, de sa distribution géographique et des réactions qu’il suscite : les accès secondaires et tertiaires alimentent pour moitié au moins les consultations gratuites des cercles, en particulier les dispensaires de Podor et des escales le long du Fleuve et de la ligne du chemin de fer, la demande d’iodure de potassium venant souvent vite excéder les trop maigres budgets ; les colonies du Sud (Côte-d’Ivoire, Dahomey), aux populations animistes, semblent moins touchées que les populations islamisées du Nord, mais sont davantage atteintes par les conséquences de l’alcoolisation. Cependant l’affection préoccupe surtout par ses incidences sur la mortalité infantile, les avortements, les accouchements prématurés et les naissances débiles qu’elle précipite, et la question des moyens d’enrayer la dépopulation retient longuement l’auteur qui aboutit à des recommandations en vue de la création d’un service autonome de la vaccine et d’un corps d’aides-médecins indigènes de l’AMI qui seront créés par l’arrêté du 7 janvier 1906 (BAS [Bulletin Administratif du Sénégal] 1906, 1 : 54 et 59).

La Première Guerre mondiale viendra accuser cette obsession démographique. Plusieurs éléments se conjugueront dans ce sens : la prise de conscience, lors du recrutement massif des troupes noires, du médiocre état de santé des jeunes recrues, d’abord ; celle du coût démographique induit par le conflit, ensuite ; et enfin le besoin urgent de main-d’œuvre pour la mise en valeur des colonies qu’une propagande très active du “parti colonial” appelle à développer au nom de la promotion du “réservoir colonial” (Bonneuil 1991). Ce puissant mouvement d’opinion se prolongera dans un vaste programme de “mise en valeur” de l’empire dont Albert Sarraut sera un des plus ardents défenseurs (Sarraut 1923). Le problème de la santé indigène en ces lendemains de guerre est nettement relié à la pénurie de main-d’œuvre et il s’exprime en terme de production : “il faut développer les races indigènes en qualité et en quantité”³, et on

¹ Voir Faure (1994 : 199-220) ; Herzlich et Pierret (1991 : 193-211).

² Loi du 15 juillet 1893 sur l’assistance médicale et gratuite (Bulletin des lois, 1893, n° 1583 : 841), Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique (JO, 19 février 1902 : 1173).

³ Le mot d’ordre du gouverneur Carde “faire du noir” sera bien relayé par les administrateurs à travers les années ; Michel Leiris dans son journal de la mission ethnographique Dakar-Djibouti note en date du 14 juillet 1931 [à Tonkoto, sous-préfecture lugubre du Soudan français] : « Après distribution de menus cadeaux, l’administrateur lève la séance et fait traduire la proclamation suivante, qu’il prononce d’abord en français d’une voix retentissante : “Maintenant, vous allez vous coucher et allez travailler à gagner petits ! Parce que : quand il y en a beaucoup petits, y en a

procède à un changement radical de doctrine d'action : " l'assistance médicale curative doit céder le pas à la médecine préventive sociale " (Circulaire ministérielle du 10 décembre 1924) ; on appuie ce changement d'une augmentation notable des effectifs médicaux. La circulaire du 12 avril 1921 (Merlin), relayée par celle du 12 mars 1924 (Carde) insiste sur le rôle social à faire jouer au personnel auxiliaire indigène, sur l'extension à donner aux corps locaux d'infirmiers et sur la nécessité de pousser les sages-femmes vers les cases indigènes dans un effort soutenu de surveillance de la santé de l'enfant et de propagande de l'hygiène. Les instructions de Carde du 15 février 1926 précisent le but à atteindre et les moyens à mettre en œuvre (*JOS* 1926, 1318 : 193), celles du 5 mars 1927 marquent les premiers résultats et fournissent sur certains points des directives complémentaires. Celles du 1^{er} août 1930 insistent sur la protection de la première enfance et l'hygiène des travailleurs.

Dans l'entre-deux-guerres¹ l'image du péril vénérien dans les écrits médicaux coloniaux gagne en épaisseur et en complexité. Le souci démographique omniprésent fait porter un regard rétrospectif plus attentif sur les données concernant la morti-natalité et la mortalité infantile au Sénégal relevées dans les formations sanitaires entre 1890 et le début des années vingt que Thiroux (1923) compare aux données récentes sur les ravages de la syphilis congénitale fournies par Hata² relatives aux avortements et à la mortalité infantile chez les Japonaises présentant une réaction de Wassermann positive sans signes cliniques de syphilis. Beaucoup d'affections infantiles dans la population autochtone et en particulier beaucoup d'athrepsies³ relèvent de la syphilis congénitale. Cela devrait se vérifier par la séroréaction et confirmer « la supériorité du sulfasénol sur le bouillon de légumes » (Thiroux 1923 : 195). La question d'une immunité relative des Africains à la syphilis vénérienne, suggérée par Jeanselme en 1904, et celle des confusions diagnostiques possibles sont posées (Thiroux 1923, Hermant 1931). L'immunité supposée résiderait plutôt dans la bénignité des symptômes, ou pourrait relever du fait que l'Africain adulte est relativement réfractaire au paludisme là où dans la population blanche on observe une virulence extrême de la syphilis associée au paludisme (Kermorgant 1903), ce qui fit évoquer la malignité particulière d'une *syphilis exotique* à propos de laquelle Fournier (1906 : 841)⁴ avait déjà justement observé que l'analyse

beaucoup d'impôts !" [...] Scrupuleusement, l'interprète répète la formule et tout le monde s'en va content » (Leiris [1934] 1996 : 148).

¹ Période littéralement obsédée en Europe par la peur de la syphilis (Quétel 1986 : 238).

² in *Revue Internationale d'Hygiène publique* 1921 : 368.

³ L'athrepsie désigne la dénutrition et le dépérissement des nouveau-nés à la suite de diverses affections, notamment les diarrhées chroniques.

⁴ Alfred Fournier a été en France le héraut de la croisade contre le mal vénérien. Ses travaux font autorité en la matière depuis 1857, et il est le fondateur en 1901 de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale et à l'origine de l'idée de dispensaire. Il développe l'idée que le mal ne menace pas seulement ceux qui s'y

étiologique sérieuse devait rapporter la malignité à l'impaludation. Thiroux (1923 : 195) observe par contre que si les adultes sont peu sensibles, la population infantile africaine est très durement touchée par le paludisme¹ dont il souligne l'influence prépondérante sur la gravité de la syphilis.

Si des dispositifs plus appropriés se mettent progressivement en place — Institut prophylactique², Institut d'hygiène sociale³, dispensaires et consultations spécialisées⁴ —, au fur et à mesure qu'on approche davantage l'indigène et qu'on dépiste le mal par les méthodes scientifiques nouvelles, on prend mieux la mesure du caractère "perfide" et "sournois" de l'endémie (Léger 1928a). « Certaines races, comme les Peulhs et les Toucouleurs sont syphilitisées dans leur presque totalité » et certains médecins estiment atteints les huit dixièmes de la population de Dakar (Léger 1928a). L'ampleur du problème ne se dément pas au cours des ans, même si des résultats thérapeutiques sont enregistrés : on se plaît à souligner la rapidité de l'action curative des arsenicaux qui règnent en maître dans les thérapeutiques antisiphilitiques de l'entre-deux-guerres, leur facilité d'utilisation et la faveur qu'ils rencontrent auprès des indigènes (Hermant 1931, Grosfillez 1934).

Si nous souscrivons volontiers, dans ses grandes lignes, aux analyses proposées par Megan Vaughan (1991, 1992) du regard britannique porté sur l'épidémie de syphilis en Ouganda au début du siècle ainsi qu'au tableau qu'elle propose des efforts de la puissance tutélaire anglaise pour régler la question, il nous semble toutefois que les visions coloniales britannique et française ne sont pas identiques sur ce point. Dans l'espace francophone ouest-africain, l'impact sur cette question

exposent, mais souligne le nombre de contagions "imméritées" parmi les femmes et les enfants (cf. Quézel 1986 : "L'ère de Fournier" : 165-169).

¹ L'index paludéen établi selon la méthode de Koch d'après le pourcentage d'enfants parasités est de 60 à 70 % au Sénégal au début du siècle (Thiroux et d'Anfreville 1908).

² Une Commission consultative des maladies vénériennes aux colonies est créée en 1929 à l'Institut prophylactique (dont l'existence remonte à 1916) où Marcel Léger est médecin, après avoir longtemps dirigé l'Institut Pasteur de Dakar. C'est devant cette commission que Cazanove (1933) présentera son rapport sur la lutte antisiphilitique au Port de Dakar.

³ Ouvert en 1921, il comprend six services dont un antivénérien. En 1927, il a assuré 87 723 consultations (Lhuerre 1928a).

⁴ Un dispensaire anti-vénérien et une consultation annexée à la maternité indigène fonctionnent tous les matins depuis 1919 à Dakar (Kernéis 1920). Un poste sanitaire est créé en 1926 au Port de Dakar avec un laboratoire de syphilimétrie conformément à l'Arrangement international de Bruxelles (1^{er} décembre 1924) pour donner les soins aux marins de commerce atteints de MST. Son action de dépistage et de soins va s'étendre progressivement à la population flottante du port et aux populations indigènes de Dakar et de Médina (création d'une annexe réservée aux femmes). L'utilisation des pilules mercurielles recommandées par le Dr Vernes, faciles à absorber et sans réaction, fabriquées sur place à partir de la formule transmise par Marcel Léger, devait donner satisfaction aux indigènes (Cazanove 1933). Les examens sérologiques se multiplient au laboratoire de syphilimétrie de l'hôpital principal. L'Institut Pasteur de Dakar pratique la réaction de Bordet-Wassermann sur le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien (Marqué 1933).

d'un lobby missionnaire chrétien par exemple semble beaucoup moins important dans des pays fortement marqués par l'Islam. La séparation de l'Eglise et de l'État, appliquée rapidement dans le contexte d'une administration coloniale aux composantes volontiers anticléricales, peut rendre compte sans doute de la faible coloration socio-moralisante dans les textes français traitant de la question des maladies à transmission sexuelle. Dans les préjugés des milieux médicaux coloniaux, ce qui est stigmatisé en termes très profanes c'est l'indifférence ou l'insouciance des populations, bien plus qu'une quelconque immoralité. On retrouve bien sûr dans les textes les plus anciens la dénonciation des excès de coït, mais il semble qu'il faille lire cette hantise de la copulation morbide¹ dans le contexte des obsessions d'une époque marquée, surtout dans les milieux médicaux, par l'influence d'un darwinisme vulgarisé de l'angoisse de la dégénérescence de l'espèce. Alain Corbin (1981) souligne bien comment dans le perpétuel dialogue entre médecine et société, le corps médical et son discours (la théorie de l'hérédo-syphilis par exemple) viennent traduire dans un langage scientifique les fantasmes collectifs de leur temps. Sur ce plan, les préjugés et les attitudes des médecins coloniaux ne semblent guère différents de ceux développés par leurs confrères en Europe, empreints d'inquiétude et de condescendance envers les classes populaires, le "peuple" jugé immature.

Une histoire de la prostitution dans les pays de l'Ouest africain reste à faire. Les matériaux d'archives à cet égard semblent peu abondants. Ils montrent combien le système réglemmentariste, ou "système français" (Corbin 1978), plus qu'ailleurs encore, eut du mal à fonctionner. Le projet réglemmentariste, dont le premier grand concepteur fut Parent-Duchâtelet (1836), faisait de la gestion de la prostitution une affaire de voirie et de maintien de l'ordre et de la décence dans la rue et les lieux publics. La prostitution n'est pas reconnue comme un délit en soi, le code pénal en la matière ne condamne que l'outrage et l'attentat public aux bonnes mœurs (art. 334). Les prostituées ne sont donc justiciables ni du tribunal de simple police, ni du tribunal de première instance. Elles ne relèvent que des règlements municipaux et de l'autorité administrative et de son arbitraire. Les bordels, qui ne sont pas des établissements autorisés mais des entreprises tolérées, n'en constituent pas moins une base essentielle du fonctionnement du réglemmentarisme. Malgré les difficultés des autorités dans leur tentative de réglementer la prostitution et de trouver des tenanciers de maison close identifiés et aisément contrôlables par l'administration et de mettre en place un service médical prophylactique (Lhuerre 1928b), la prostitution européenne semble bien contrôlée. Par contre la prostitution indigène échappe pratiquement à tout contrôle ; Lhuerre déplore que la police des mœurs n'applique pas aux prostituées indigènes et métisses l'arrêté

¹ Le rôle de la sexualité et des excès vénériens dans la transmission de la maladie ne concerne pas seulement ici la syphilis, mais comprend (dans son association classique à l'alcool) également la tuberculose, ces maladies dites sociales.

du 13 janvier 1926. Une pratique coloniale qui contribua par ailleurs à limiter le recours aux services de prostituées fut la coutume parmi les coloniaux de “prendre *moussou*” (prendre une femme indigène, dans le jargon colonial du Soudan français)¹. Cette pratique fut encouragée tacitement par les médecins militaires auprès du personnel colonial masculin ; ils y voyaient en effet une assurance de sécurité sanitaire. Ces compagnes africaines devaient « distraire, soigner, dissiper l’ennui et empêcher l’Européen de se livrer à l’alcoolisme et aux dépravations sexuelles, malheureusement si fréquentes en pays chauds » (Simonis 1993 : 209). Mais là où les transformations coloniales faisaient presque exclusivement appel à une main-d’œuvre masculine engendrant des mouvements migratoires importants, une prostitution autochtone s’est développée. C’est encore une caractéristique de la prostitution moderne en Afrique que l’existence d’un proxénétisme organisé y reste exceptionnelle (*cf.* Coquery-Vidrovitch 1994).

Les politiques de population et de santé en matière de MST après les Indépendances : de quelques ambiguïtés

Après les indépendances, la définition et la mise en œuvre de politiques en matière de population et de MST font objet de débats. Les nouveaux Etats sont l’objet de sollicitations pressantes de la part des organisations internationales qui visent à mieux connaître et contrôler une situation démographique marquée par une croissance forte due au maintien de taux élevés de fécondité dans un contexte de réduction des taux de mortalité. Des opérations d’enquêtes démographiques (dès 1960), des recensements généraux à partir de 1975, et des programmes de planification familiale sont réalisés avec un soutien ferme et souvent déterminant de ces agences extérieures. Les efforts pour améliorer la santé de la mère et de l’enfant se poursuivent en intégrant parfois, à des rythmes variables suivant les pays, la planification familiale et certains aspects de la prise en charge du problème des MST. Avec l’apparition du sida, la prise de conscience des risques engendrés par cette pandémie pour l’avenir de la population, se créent à partir du milieu des années 80 des structures spécialisées dans la “lutte” contre le sida. Ce mouvement devra surmonter, grâce à l’action de certains groupes en particulier, avec le soutien de fortes pressions internationales, les dénis fréquents de l’existence du problème par les autorités sanitaires et politiques locales (Fassin et Dozon, 1989 ; Dozon et Fassin 1989 ; Dozon 1991). Ces structures sont le plus souvent autonomes, mais les acteurs qui les animent sont, dans la réalité, parfois les mêmes que ceux qui interviennent dans le domaine de la population et de ce qu’on appelle maintenant la santé reproductive.

¹ Cela correspond à la pratique plus ancienne au Sénégal du “mariage à la mode du pays”.

En matière de MST, le discours de “contrôle” (au sens explicité par Gill Seidel 1993) et de “lutte” prédomine partout et se manifeste à travers les comptages et les statistiques mises en avant à propos du développement de ces affections et de l'épidémie du sida. Il apparaît aussi par la place privilégiée accordée aux registres de l'IEC (Information, Education, Communication) : se développent des campagnes de sensibilisation où se croisent, et se recouvrent parfois, des thèmes, des messages similaires voire identiques — en particulier celui de l'intérêt de l'utilisation du préservatif. La pratique de cette IEC dans les pays africains a consisté à proposer / imposer des messages tenus pour efficaces pour un maintien, qu'on se plaisait à penser presque sans difficulté à leur niveau, des taux épidémiologiques officiels très faibles allégués par les responsables nationaux. Hélas, les faits ont parfois été cruels, et l'inadéquation patente de ces efforts passés demande à être analysée avec lucidité.

— L'amélioration de l'état civil a été préconisée dès les indépendances. Bien qu'elle soit fondamentale pour la connaissance et le contrôle de la population et de ses mouvements naturels, l'objectif n'a été que très partiellement atteint pour de nombreuses raisons, surtout, semble-t-il, en raison de la méconnaissance ou de la mauvaise prise en compte des facteurs sociaux (Cantrelle 1997).

— Les études démographiques se sont développées et ont souligné la forte croissance en Afrique et les problèmes posés par celle-ci aux pays subsahariens : la fécondité, la mortalité, la nuptialité, les migrations sont mieux décrites et connues aujourd'hui qu'en 1960 ; de même des caractéristiques comme l'urbanisation, la scolarisation sont mieux appréhendées. Des études récentes ont mis en évidence des changements dans les comportements en matière de fécondité, en particulier une baisse de la fécondité dans certains pays qui peut être due en partie aux campagnes d'IEC, mais aussi et surtout à des facteurs sociaux et économiques — en particulier l'urbanisation, la scolarisation et les migrations — qui ont été davantage étudiés au cours des dernières années (Locoh 1995 ; Locoh et Hertrich 1994 ; Koffi *et al.* 1994).

— Face à une croissance démographique jugée alarmante, des instances internationales prônent, dès le lendemain des indépendances, la définition et l'application de programmes de limitation des naissances. Ces agences ont en général demandé et financé les études démographiques qui ont montré la lente amorce d'une transition démographique avec une forte diminution de la mortalité, mais avec des taux de natalité toujours très soutenus et ne commençant à fléchir que dans de rares pays du continent. Le rôle de ces organismes dans la définition et l'application des politiques de population a suscité des débats animés auxquels font écho deux ouvrages de la fin des années 80 (Savané 1988 ; Jemai 1987). Il exigerait une analyse et une réflexion plus poussées encore dans le contexte nouveau créé par la survenue du sida.

— Les difficultés et les ambiguïtés des politiques volontaristes de population ont eu pour conséquence une grande lenteur de leur mise en œuvre et leurs échecs. Les responsables de ces politiques ont évoqué (et évoquent encore) des “obstacles culturels”, mais, mises à part

quelques études pionnières, les recherches sur les déterminants des comportements en matière de reproduction et de santé sont restées trop rares et généralement méconnues des médecins.

— Au cours des années 80 les pays ont été invités à définir des politiques de population et mettent en place des structures soutenues par les agences internationales qui lient politique de population et politique générale de santé et promeuvent alors la “santé reproductive”.

— L'apparition rapide et brutale du sida à la fin de cette décennie a modifié les données dans un bon nombre de pays ouest africains : comme le montre l'exemple du Sénégal, elle ne provoque guère de mesures réglementaires nouvelles alors qu'auparavant des dispositions avaient été prises pour la lutte contre les MST et sur des questions comme la contraception, l'avortement, le mariage... L'épidémie détermine l'élaboration de stratégies qui visent à la contrôler, en privilégiant une IEC aussi hésitante dans la réalité que celle pratiquée dans le domaine de la population. Là également, les travaux sur les déterminants des comportements en matière de santé sexuelle sont restés trop rares et méconnus du corps médical. Ces études, de valeur inégale et souvent discutables en raison de leur manque de rigueur, ont provoqué de vives réactions qui ont attiré l'attention sur des points importants — en particulier sur la permanence de nombreuses représentations et de “fantasmes” sur la sexualité africaine (*cf.* Bibeau 1991 ; Bibeau et Murbach 1991) : elles engagent à davantage d'attention par rapport aux logiques individuelles et sociales face à la sexualité, à la reproduction, et aux politiques en matière de MST.

— On peut observer dans les discours et les pratiques que des articulations se sont créées entre les objectifs généraux d'une politique de population et ceux plus particuliers d'une politique de lutte contre les MST/sida ou encore d'une stratégie de prévention de ces affections. Mais elles restent insuffisamment explicitées. Ces tentatives soulèvent des problèmes nouveaux qui mériteraient d'être plus clairement définis et plus largement débattus. Comment faire de l'IEC dans l'un ou l'autre cas et pourquoi le faire ensemble, comme cela est préconisé assez largement aujourd'hui ? Dans quelle mesure les messages proposés doivent-ils être spécifiques ou identiques, alors qu'ils concernent des objectifs et des thèmes différents ? Suggérer des changements dans les comportements “reproductifs” est différent d'encourager des modifications des pratiques sexuelles (ou d'autres pratiques en relation avec la transmission du virus, car le sida n'est pas seulement une MST) pour éviter les MST, dont la maladie mortelle qu'est le sida. Les campagnes et les messages correspondent bien à des objectifs distincts, même si la sexualité humaine est surtout en jeu dans les deux cas. La réflexion doit s'orienter dès lors vers une meilleure connaissance des déterminants des comportements, avec la prise en considération de tous les facteurs socioculturels, surtout les facteurs économiques et les facteurs de “genre” (*cf.* IUSSP 1993).

Conclusion

L'apparition de nouveaux problèmes de santé (sida, bilharziose), la forte résurgence de problèmes plus anciens (paludisme, choléra), la constance d'autres problèmes (malnutrition, maladies diarrhéiques, et MST) sont à mettre en relation avec la poursuite de la croissance démographique forte et se situent dans le contexte de la "transition démographique" qui s'amorce en Afrique. Alors qu'autrefois des grandes mortalités étaient dues aux épidémies mais surtout aux endémies, aujourd'hui on considère que la mortalité a fortement régressé et que les progrès sanitaires ont été à l'origine de l'essor démographique rapide.

A travers l'étude de l'histoire des MST, des conceptions et des politiques sanitaires mises en œuvre par la colonisation, puis par les Etats indépendants, on a relevé une mise en relation souvent ambiguë entre :

— des thèmes démographiques comme l'essor de la population et son maintien dans un état de santé permettant la "mise en valeur" des colonies, puis le développement des pays indépendants,

— des thèmes sanitaires récurrents dans la lutte contre les maladies vénériennes : la "race" noire d'abord considérée intacte, ignorante de la syphilis, menacée par les fléaux introduits par la civilisation européenne ("civilisation = syphilisation"), la caractérisation de ces maladies comme des maladies "sociales" dont l'origine serait liée à "l'ignorance" et souvent à des pratiques sociales "déviantes" ou marginales.

On a noté la constance de certains thèmes et pratiques. Dans le premier tiers du XX^e siècle, les autorités coloniales et les responsables des politiques de santé ont insisté sur la "dépopulation" et la nécessaire "repopulation" pour permettre l'essor des colonies : afin de parvenir aux objectifs souhaités, on tente d'abord d'estimer, avec de grandes difficultés, la situation et de créer ensuite des structures spécialisées pour lutter contre la mortalité.

Une évolution des discours s'est opérée à travers le temps, pendant la période coloniale et après les indépendances ; alors que la mise en place des dispositifs sanitaires et législatifs s'est faite lentement, les développements récents ont surtout manifesté la fragilité des politiques de santé qui se traduit par les grandes difficultés actuelles des systèmes de soins. Cependant, les législations, souvent plus répressives que préventives, tant en matière démographique que sanitaire, restent rares et toujours difficiles à appliquer.

Des réflexions encore timides s'amorcent à propos du statut des "maladies sexuellement transmises" considérées longtemps comme "fléau social" et sans doute stigmatisées en conséquence. Dans la mesure où elles compromettaient le développement démographique souhaité, mais aussi où elle étaient plus difficilement "contrôlables" que d'autres maladies, elles ont été classées à part et ont suscité un traitement spécifique, qui est encore largement resté en vigueur au temps du sida.

En étudiant les liens entre les politiques de population et de santé depuis le début du XX^e siècle, on peut remarquer des similitudes dans les modes de gestion des problèmes démographiques et sanitaires, des permanences et des changements d'attitude des groupes sociaux par rapport aux systèmes de soins et à la croissance démographique, ainsi que dans les réactions par rapport aux politiques des États et aux interventions des organismes publics ou privés.

La "lutte" contre les MST, comme celle contre les maladies à déclaration obligatoire, a été caractérisée plus tôt, dès la fin du siècle dernier, par son internationalisation et une volonté de contrôle et d'éradication, sous la responsabilité et la direction des médecins. Les campagnes récentes pour limiter la croissance démographique rapide se mènent également à un niveau international, avec une forte implication des médecins, en recourant souvent aux mêmes méthodes et en proposant des messages similaires ou identiques. Dans les deux cas, des contradictions se manifestent au sein des sociétés où veulent s'inscrire les actions volontaristes des autorités, et en particulier s'affirme la présence d'acteurs et de logiques sociales insuffisamment pris en compte dans les programmes sanitaires.

Nous avons trop écarté de notre analyse ce qui est apparu important, essentiel lors de l'analyse des politiques : la gestion de la reproduction et de la "santé reproductive" par les sociétés elles-mêmes, les oppositions et les conflits entre les logiques de ces sociétés et celles des pouvoirs qui ont cherché à imposer leurs raisons. Il reste à réfléchir sur les raisons des échecs du passé et aussi des échecs du présent dont le plus grave est le rapide développement de l'épidémie du sida dans de nombreux pays. Un regard critique porté sur le passé a souligné que les échecs de la gestion des problèmes de population, de santé et de MST sont dus surtout à la méconnaissance des sociétés, des acteurs et des groupes sociaux par les responsables de ces politiques. Il manifesterait le caractère presque dérisoire de certaines métaphores utilisées couramment par les responsables des politiques de santé, en particulier la métaphore militaire dont le « corollaire, le modèle médical du bien-être public, est sans doute plus dangereux et doté de conséquences plus lointaines, car non seulement il fournit une justification convaincante à un pouvoir autoritaire mais il suggère implicitement la nécessité de la répression et de la violence étatiques » (Sontag 1989 : 123). Il pourrait enfin contribuer à aider à plus de lucidité sur le présent, à mieux prendre en compte les réponses individuelles et communautaires aux problèmes de santé, de vie familiale et de sexualité, et ainsi susciter les choix et les changements qu'impose la pandémie du sida.

Bibliographie

- ANONYME, 1931, *Les Services de l'Assistance Médicale Indigène en Afrique Occidentale Française*, Rochefort-sur-mer, Imprimerie A. Thoyon-Thèze, 26 p. ill. (Paris, Agence économique de l'AOF).
- BAUDET Henri, 1936, *Extension actuelle de la syphilis dans les pays de nouvelle colonisation*, Paris, Legrand, 75 p. (Thèse de médecine, Paris, 432).
- BIBEAU Gilles, 1991, « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologies et sociétés*, 15 (2-3) : 125-147.
- BIBEAU Gilles, MURBACH Ruth, 1991, « Déconstruire l'univers du sida », *Anthropologies et sociétés*, 15 (2-3) : 5-12.
- BONNARD Paul, 1895, « Concours de la Société Africaine de France. Des moyens propres à empêcher la dépopulation de l'Afrique. Rapport », *Bulletins et Mémoires de la Société Africaine de France*, 4 : 7-11, suivi du Mémoire couronné : 11-27.
- BONNEUIL Christophe, 1991, *Des savants pour l'Empire. La structuration des recherches scientifiques coloniales au temps de la 'mise en valeur des colonies françaises' 1917-1945*, Paris, ORSTOM, 126 p. (Etudes et thèses).
- CANTRELLE Pierre, 1997, « L'état civil en Afrique occidentale : un long malentendu », in Charles BECKER, Saliou MBAYE, Ibrahima THIOUB (éds), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, t. 2 : 981-983.
- CAZANOVE Frank, 1933, « Les enseignements de deux années de lutte anti-vénéérienne au Port de Dakar », *Archives de l'Institut prophylactique*, 5 (1) : 32-42.
- COLLIGNON René, GRUENAIIS Marc-Eric, VIDAL Laurent (éds), 1994, « L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique », n° spécial *Psychopathologie africaine*, 26 (2) : 149-291.
- COQUERY-VIDROVITCH Catherine, 1994, *Les Africaines. Histoire des femmes d'Afrique noire du XIX^e au XX^e siècle*, Paris, Desjonquères (en particulier : « La prostitution : de la femme libre au sida » : 189-206).
- CORBIN Alain, 1978, *Les filles de noce. Misère et prostitution (19^e siècle)*, Paris, Aubier-Montaigne (Flammarion 1982, Collection Champs n°118).
- 1981, « L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption. Contribution à l'histoire de l'hérédité morbide », *Romantisme*, 31 : 131-149. (Reproduit dans Alain CORBIN, *Le temps, le désir et l'horreur. Essai sur le XIX^e siècle*, Paris, Flammarion, 1991 : 141-169).
- 1988, « La grande peur de la syphilis », in Jean-Pierre BARDET et al. (éds), *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Fayard : 328-348.
- DOZON Jean-Pierre, 1991, « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'Etudes africaines*, 31 (1-2), (121-122) : 135-157.
- DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier, 1989, « Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences Sociales et Santé*, 7 (1) : 21-36 (n° spécial : « Sociétés à l'épreuve du sida »).
- FASSIN Didier, DOZON Jean-Pierre, 1989, « Les Etats africains à l'épreuve du sida », *Politique africaine*, 32 : 79-85.

- FAURE Olivier, 1994, « Tuberculose, syphilis et cancer de 1880 à 1940 », chap. 11 in *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Anthropos : 199-220.
- FOURNIER Alfred, 1906, *Traité de la syphilis*, Paris, Rueff.
- GALLAIS Henry, 1909, *Trois années d'Assistance médicale aux indigènes et de lutte contre la variole. 1905, 1906, 1907*, Paris, Emile Larose, 363 p., 1 carte h.t. [Gouvernement général de l'Afrique occidentale française, Inspection des Services sanitaires civils].
- GROSFILLEZ [Dr], 1934, « Les principales maladies observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1932 », *Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, 32 : 153-268.
- HATA, 1921, « Les ravages de la syphilis congénitale et sa prophylaxie », *Revue Internationale d'Hygiène Publique*.
- HERMANT [Dr], 1931, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1928 », *Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, 29 : 5-139.
- HERZLICH Claudine, PIERRET Janine, 1991, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 313 p. (Médecine et sociétés) (1^{ère} édition 1984).
- IUSSP, 1993, *Women and demographic change in sub-saharan Africa*, Liège, IUSSP, 2 vol., en particulier la section "Sexually transmitted diseases" (: vol.2, textes de M. Caraël, A. Adomako-Ampofo, K. Mbaye et I.O. Orubuloye).
- JEANSELME, 1904, *Cours de dermatologie exotique*, Paris, Masson.
- JEMAI Hédi (éd), 1987, *Population et développement en Afrique*, Dakar, CODESRIA, IV-391 p.
- KERMORGANT A., 1903, « Aperçu sur les maladies vénériennes dans les colonies françaises », *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, 6 : 428-460.
- 1908, « Maladies endémiques, épidémiques et contagieuses dans les colonies françaises en 1906 », *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, 11 : 3-380.
- KERNEIS [Dr], 1921, « Fonctionnement de la maternité indigène de Dakar », *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Ouest africain*, 2 (4) : 107-118.
- KIPLE Kenneth F., 1993, « Disease of sub-saharan Africa to 1860 (V.6) », in Kenneth F. KIPLE (ed), *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge, Cambridge University Press : 293-298.
- KOFFI N'Guessan, GUILLAUME Agnès et al., 1994, *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Paris, Orstom, 435 p.
- LEGER Dr Marcel, 1926, « Les méfaits de la syphilis dans les colonies françaises », *Revue d'hygiène*.
- 1928a, « Coup d'œil d'ensemble sur la syphilis dans nos colonies », *Conférence de la défense sociale contre la syphilis*, Nancy Procès-Verbal : 53-56.
- 1928b, « Organisation de la lutte contre la syphilis aux colonies », *Conférence de la défense sociale contre la syphilis*, Nancy Procès-Verbal : 159-161.
- 1928c, « La syphilis héréditaire et ses ravages dans nos colonies », *Conférence de la défense sociale contre la syphilis*, Nancy. Procès-Verbal : 208-210.
- 1933a, « Le paludisme, comme la syphilis, est justiciable d'un traitement continu et non de cures intermittentes 'd'entretien' », *Archives de l'Institut prophylactique*, 5 : 76-99.
- 1933b, « La vie de l'institut prophylactique », *Archives de l'Institut prophylactique*, 5 : 288-301.

- LEIRIS Michel, 1934, *L'Afrique fantôme*, Paris, Gallimard (éd. revue et augmentée in *Miroir de l'Afrique*. Edition établie, présentée et annotée par Jean JAMIN), Paris, Gallimard, 1996 [Quarto]).
- LHUERRE H., 1928a, « Notes sur le fonctionnement de l'Institut d'hygiène sociale de Dakar », *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 21 (4) : 329-334.
- 1928b « Sur la prostitution à Dakar », *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 21 (9) : 703-707.
- LOCOH Thérèse, 1992, *Vingt ans de planification familiale en Afrique subsaharienne*, Paris, CEPED, 27 p. (Dossiers du CEPED n°27).
- LOCOH Thérèse, HERTRICH Véronique (éds), 1994, *The onset of fertility transition in sub-saharan Africa*, Liège, IUSSP, X-308 p.
- MARQUE [Dr], 1933, « Les maladies transmissibles dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1931 », *Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, 31 : 123-323.
- PARENT-DUCHATELET, 1836, *De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration*, Paris. (Réédité sous le même titre, présenté et annoté par A. CORBIN, Paris, Seuil, 1981).
- QUETEL Claude, 1986, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, Paris, Seghers, 348 p. (Médecine et Histoire).
- RICHET Pierre [Médecin Général], 1958, *Le Service Commun de Lutte contre les Grandes Endémies de l'Afrique occidentale française. Rapport d'activité depuis sa création*, 111 p. dactylogr. [Archives Nationales du Sénégal].
- SARRAUT Albert, 1923, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot.
- SAVANE Landing, 1988, *Populations. Un point de vue africain*, Anvers, EPO, 212 p.
- SEIDEL Gill, 1993, « The competing discourses of HIV/AIDS in sub-saharan Africa : discourses of rights and empowerment vs discourses of control and exclusion », *Social Science and Medicine*, 36 (3) : 175-194.
- SIMONIS Francis, 1993, « Splendeur et misère des moussos. Les compagnes africaines des Européens du cercle de Ségou au Mali (1890-1962), in Catherine COQUERY-VIDROVITCH, *Histoire africaine au XX^e siècle. Sociétés-Villes-Cultures*, Paris, L'Harmattan/UA Tiers-Monde Afrique Paris VII/CNRS : 189-206.
- SONTAG Susan, 1989, *Le sida et ses métaphores*, Paris, Bourgois, 124 p.
- THIROUX André, 1923, « Les maladies vénériennes dans les colonies françaises », *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique*, 15 (2) : 185-208.
- THIROUX A., D'ANFREVILLE Dr, 1908, *Le paludisme au Sénégal pendant les années 1905, 1906*, Paris, Baillière et fils, 59 p.
- VAUGHAN Megan, 1991, « Syphilis and sexuality : the limits of colonial medical power », in Meghan VAUGHAN, *Curing their ills. Colonial power and African illness*, Stanford, Stanford University Press : 129-154.
- 1992 « Syphilis in colonial East and Central Africa : the social construction of an epidemic », in Terence RANGER and Paul SLACK (eds), *Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press : 269-302.
- WORBOYS Michael, 1988, « The discovery of colonial malnutrition between the wars », in David ARNOLD (ed), *Imperial medicine and indigenous societies*, Manchester et New York, Manchester University Press : 208-225.

Charles BECKER et René COLLIGNON, *Politiques démographiques et sanitaires face aux "maladies sexuellement transmises" en Afrique de l'ouest. Perspective historique*

Résumé — L'examen des relations historiques et actuelles entre politiques de santé et de population, au Sénégal et en Afrique de l'ouest, montre la spécificité du traitement des MST et du sida, dans le contexte d'une "transition démographique", encore marquée par une forte croissance. L'étude évoque les liens souvent ambigus entre des thèmes démographiques comme l'essor rapide de la population et des thèmes sanitaires comme son maintien dans un état de santé permettant "la mise en valeur" coloniale, puis "le développement". Elle signale des thèmes sanitaires récurrents dans la lutte contre les MST, ainsi que la constance de certaines pratiques. Elle suit l'évolution des discours et la mise en place des dispositifs sanitaires et législatifs : les législations, répressives plus que préventives, ont été rares et toujours difficiles à appliquer ; le statut des MST, considérées longtemps comme "fléau social" et stigmatisées de ce fait, a suscité un traitement spécifique, resté en vigueur au temps du sida. Enfin si la "lutte" contre les MST et le sida a été caractérisée par son internationalisation et la volonté de contrôler et d'éradiquer, les campagnes récentes pour limiter la croissance démographique se mènent aussi à un niveau international, en recourant souvent à des méthodes similaires.

Mots-clés : politique démographique • politique sanitaire • Afrique de l'ouest
• Sénégal • MST • VIH/sida • législation • histoire sanitaire.

Charles BECKER and René COLLIGNON, *Demographic and health policies in the face of "sexually transmitted diseases" in West Africa: a historical perspective*

Summary — The examination of historical and present relations between health and population policies in Senegal and West Africa demonstrates the specificity of the way STDs and AIDS have been handled in the context of a 'demographic transition' which continues to be characterised by strong growth. The study touches on the often ambiguous links between demographic topics such as rapid population development and health topics such as maintaining the population in a state of health conducive to colonial 'mise en valeur' and subsequently 'development'. It points out the health issues recurrent in the fight against STDs, as well as the constancy of certain practices. The study also traces the changing debate and the establishment of sets of health and legal measures : legislation, more repressive than preventive, was rare and always difficult to apply ; the status of STDs, long considered to be a 'social scourge' and the object of stigmatisation, was given special treatment, and this has continued in the age of AIDS. Finally, while the 'fight' against STDs and AIDS has been characterised by its internationalisation and the will to control and eradicate, recent campaigns aiming to limit demographic growth are also being carried out at an international level, often resorting to the same methods.

Keywords : demographic policy • health policy • West Africa • Senegal • STD
• HIV/AIDS • legislation • history of health.