

Les oubliés de la médecine coloniale ? Histoire de l'évolution de la prise en charge des aliénés au Sénégal de 1897 à 1938

Paris I
Panthéon - Sorbonne
Master d'Histoire, spécialité « Histoire de l'Afrique »
Réalisé sous la direction de Anne Hugon
Année 2017-2018

SIGLES ET ABREVIATIONS

A.E.F :	Afrique Equatoriale Française
A.M.I :	Assistance médicale indigène
A.O.F :	Afrique Occidentale Française
ANOM :	Archives nationales d’Outre-Mer
ANS :	Archives nationales du Sénégal
BHAMI :	Budget d’hygiène et d’Assistance médicale indigène
DSS :	Direction des Services sanitaires
ISSC :	Inspecteur des Services sanitaires civils
IGSSM :	Inspection générale des Services sanitaires et médicaux
PSS :	Parti Socialiste sénégalais
SPE :	Société de pathologie exotique

INTRODUCTION

- **Etudier la psychiatrie coloniale**

« L'enfer c'est les autres », s'écrit Garcin à la fin de *Huis Clos*¹. Relatant l'arrivée de trois personnages en enfer qui cherchent à comprendre ce qui a pu les y conduire, cette pièce de Jean Paul Sartre, dont la célèbre phrase « l'enfer c'est les autres », semble résumer l'enjeu des perceptions sociales qui interfèrent entre nous et les autres, entre moi et autrui. A travers cette fameuse phrase, Sartre théorise l'idée selon laquelle le regard de l'autre, tel un miroir déformant, aliène et enferme un individu dans une nature donnée. Bien que philosophique, cette conception semble néanmoins s'adapter parfaitement à la psychiatrie, discipline ambivalente par excellence. La psychiatrie n'est-elle pas la branche médicale qui juge/décide de l'état mental des individus, la discipline particulière de la médecine qui sépare et catégorise, sous couvert d'une objectivité scientifique, la normalité de la pathologie ? Or la « folie », ne peut se résumer à une vérité naturelle et universelle. Comme le rappelle Jean Michel Thurin, « toutes les cultures connues possèdent des représentations sociales de quelque chose comme la folie, représentations unitaires ou diversifiées ² ». Ainsi peut-on dire que la folie est un produit social, dont la perception diffère selon les cultures, mais également selon le contexte historique. L'étude de l'appréhension de la folie par la psychiatrie, dont le terme est attesté depuis 1842, ne peut donc se faire sans une étude des mentalités, qui doit elle-même être recontextualisée au sein de son cadre historique.

Or si l'étude de l'histoire psychiatrique est intrinsèquement liée à celle des mentalités, comment appréhender la psychiatrie coloniale ? Car la complexité de l'appréhension des maladies mentales semble atteindre son paroxysme au sein de la période coloniale. En faisant le postulat que la folie est incarnée par la figure de l'Autre, comme l'entendait Foucault dans son *Histoire de la folie à l'âge classique*, au sens de l'autre de la raison, de celui qui est hors de la conception que l'on se fait de la raison et donc de la normalité, comment comprendre et analyser les pratiques psychiatriques des colonisateurs dans un espace où l'Autre est déjà incarné par la figure de l'Africain ? Comment penser la folie lorsqu'aux yeux des colonisateurs,

¹ SARTRE, Jean-Paul, *Huis Clos*, Gallimard, Paris, 1947, p. 93.

² THURIN, Jean-Michel, LANTERI-LAURA, Georges, CAROLI, François, AYME, Jean « PSYCHIATRIE », *Encyclopædia Universalis*, <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/psychiatrie/>.

l'Africain est cet Autre par excellence, celui qui est étranger à la civilisation européenne, et donc hors de la raison d'après les conceptions coloniales de l'époque ?³

- **La singularité du Sénégal dans le champ de la psychiatrie coloniale**

Si en France, l'histoire de la psychiatrie est attestée depuis les années 1960⁴, l'histoire de la psychiatrie coloniale semble quant à elle absente d'une histoire de la médecine coloniale qui, paradoxalement, connaît un regain d'intérêt depuis les années 1990⁵. Il faut néanmoins citer deux exceptions : l'ouvrage de Jean-Michel Bégué, qui théorise en 1989, *Un siècle de psychiatrie française en Algérie*, ainsi que les articles de René Collignon, rédigés entre 1999 et 2006, qui traitent de la psychiatrie coloniale au Sénégal. Posant les jalons d'une histoire psychiatrique au Sénégal et souhaitant ouvrir la voie aux études portant sur ce sujet, Collignon avait, dans son article sur la construction du sujet colonial en terre africaine⁶, émis un appel à l'intention des historiens, malheureusement resté sans écho jusqu'à ce jour.

L'étude sur laquelle porte mon mémoire prend donc son essor à travers les travaux de René Collignon et porte sur une période d'une quarantaine d'années, soit de 1897 à 1938. Afin d'éclairer ce choix quant aux délimitations des bornes chronologiques, il nous faut avant tout faire un bond en arrière et revenir sur un épisode fondamental de la psychiatrie française : la loi de 1838. Egalement appelée loi Esquirol, du nom de l'aliéniste à l'origine de sa création, cette loi met en place un dispositif complet d'assistance des aliénés avec implantation d'asiles départementaux, constitution d'un corps spécialisé de praticiens dits aliénistes et définition légale et administrative des conditions de prise en charge du malade. Ainsi, suivant qu'il est reconnu inoffensif ou dangereux, l'aliéné est respectivement placé volontairement, ou bien

³ Cette question de la perception de la folie qui est doublement faussée au sein des colonies, se retrouve chez VAUGHAN, Megan, "The madmen and the medicine men : Colonial Psychiatry and the theory of deculturation", *Curing their ills: Colonial power and African illness*, Stanford University Press, 1991, p. 100. Ainsi que chez COLLIGNON, René, « La construction du sujet colonial : le cas particulier des malades mentaux. Difficultés d'une psychiatrie en terre africaine », KAIL, M. & VERMES, G, *La psychologie des peuples et ses dérives*, Centre national de documentation pédagogique, Paris, 1999, p. 176.

⁴ L'on peut citer par exemple l'ouvrage de BARUK Henri, *La psychiatrie française de Pinel à nos jours*, Bibliothèque universitaire de France, Paris, 1967.

⁵ L'émergence d'une nouvelle histoire de la médecine coloniale en France s'inscrit dans le cadre des études post-coloniales qui sont apparues dans les pays anglo-saxons dans les années 1980.

⁶ COLLIGNON, René, « La construction du sujet colonial : le cas particulier des malades mentaux. Difficultés d'une psychiatrie en terre africaine », KAIL, M. & VERMES, G, *La psychologie des peuples et ses dérives*, Centre national de documentation pédagogique, Paris, 1999, p. 165-181.

d'office.⁷ Comme le résume Jean Michel Thurin, cette loi « cherche un équilibre entre deux exigences : respecter la liberté individuelle de chaque citoyen et permettre de traiter, malgré lui et pour le guérir, un aliéné que son aliénation même conduit à refuser tout soin. ⁸».

Or si en 1897, la France s'appuie toujours sur la loi du 30 juin 1838, au Sénégal à la même date, il n'existe aucune loi spécifique au traitement des aliénés. Seule existe l'ordonnance du 7 septembre 1840 sur laquelle se base la législation. Emise par Louis-Philippe, cette ordonnance organique confère entre autres à l'autorité de la colonie le pouvoir d'expulser tout individu dont la présence est réputée dangereuse pour l'ordre public, la sécurité et la tranquillité de la colonie. Faute, comme le préconise la loi de 1838, de locaux appropriés à l'internement des aliénés, une loi est votée en 1897 : elle prévoit le transfert des aliénés de la colonie vers la métropole. Rendue possible grâce à un accord signé entre le gouvernement du Sénégal et l'Asile Saint-Pierre de Marseille, cette mesure, déjà en vigueur en Algérie depuis 1845⁹, permettait, d'expulser les individus que la colonie considérait dangereux pour l'ordre public et de les rediriger vers un asile français afin qu'ils soient pris en charge. Originellement créée pour une durée de 9 ans, le transfert des aliénés se perpétue jusqu'en 1918, où une dépêche ministérielle met fin à l'envoi des malades mentaux en France. Mais suite à ce décret, aucune loi concernant la prise en charge des aliénés n'est votée et c'est seulement en 1938, soit vingt ans après l'interdiction du transfert des aliénés, qu'est créé par décret du gouverneur général, un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française (AOF). Cette mesure, préconisant les conditions d'assistances dans les formations sanitaires de l'AOF, dotait également la fédération d'un hôpital psychiatrique situé à Thiès. Or si l'hôpital de Thiès a vu le jour sur papier, il n'a en réalité jamais été construit, les turbulences de la seconde guerre mondiale ayant eu raison des budgets prévus à son édification.

Ainsi, choisir d'étudier l'évolution de la prise en charge des aliénés de 1897 à 1938, c'est étudier une période dont la linéarité est faite de balbutiements décisionnels et où la mise en place de la psychiatrie semble paralysée. Paralysie qui paraît d'ailleurs d'autant plus paradoxale que Dakar est, au sein de la fédération de l'AOF, à la pointe de la médecine coloniale, comme en témoignent les grands efforts sanitaires entrepris dès la fin du XIX^{ème} siècle et qui se

⁷ Le placement volontaire se fait sur demande de la famille tandis que le placement d'office se fait sur ordre du préfet, si ce dernier juge le malade comme compromettant à l'ordre public ou mettant en danger la sécurité des personnes. Pour plus d'informations, se reporter à QUETEL, Claude, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2012, p. 275-294.

⁸ THURIN, Jean-Michel, LANTERI-LAURA, Georges, CAROLI, François, AYME, Jean « PSYCHIATRIE », *Encyclopædia Universalis*, <http://www.universalis-edu.com/encyclopedia/psychiatrie/>.

⁹ A ce propos, voir l'ouvrage de KELLER, Richard, *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*, University of Chicago Press, 2008 ainsi que celui de BÉGUÉ, Jean-Michel, *Un siècle de psychiatrie française en Algérie (1830- 1939)*, Mémoire de CES de psychiatrie, Faculté de médecine Saint Antoine Paris, 1989.

poursuivent tout au long du XXème siècle, dans une visée prophylactique destinée à empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies tropicales. Ce paradoxe est encore plus accentué si l'on dresse un état des lieux, même non exhaustif, des dispositions psychiatriques mises en place au sein de l'Empire colonial français et dans les colonies des autres puissances concurrentes. Les vieilles possessions françaises comme Madagascar et la Réunion possèdent toutes deux un asile construit en 1912.¹⁰ En Indochine, l'asile de *Bien Hoa* est construit en 1919 et l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville en Algérie, ouvre ses portes en 1938. Mais si le Sénégal est en retard au vu des autres colonies françaises, c'est à contrario tout l'Empire français qui est en retard face aux autres puissances colonisatrices. Pour ne mentionner que deux exemples évocateurs, nous pouvons citer l'Empire britannique qui compte 74 asiles dans ses colonies et les Indes néerlandaises qui possèdent 3 asiles à Java¹¹.

Au vu de ces constations témoignant de l'absence de concrétisation d'une prise en charge des aliénés entre 1897 et 1938, l'on pourrait questionner le titre de ce mémoire. Peut-on réellement dire que les aliénés sont les oubliés de la médecine coloniale au Sénégal ? D'après l'exposition des faits historiques, cela semble en effet indéniable. Mais l'opiniâtreté de certains médecins coloniaux cherchant à remédier à ce problème d'assistance des malades mentaux nous oblige à nuancer cette affirmation. Si l'histoire factuelle témoigne d'un vide, une histoire intellectuelle basée sur l'élaboration des savoirs médicaux et rendue possible grâce aux sources étudiées, témoigne d'une réalité beaucoup plus complexe. D'où, pour emprunter une expression de Jean Paul Bado, « l'adjonction du point d'interrogation pour en atténuer le sens et l'équivoque ¹² ».

¹⁰ Données extraites du rapport de Tunis datant de 1912, REBOUL, Régis et REGIS, Emmanuel, « L'assistance des aliénés aux colonies », *Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XXIIe session, Tunis, le 1^{er}-7 avril, 1912*, Masson & Cie, Paris, 1912.

¹¹ Pour l'Empire britannique, on dénombre 6 asiles en Afrique Sud, 9 en Amérique du Sud, 11 au Canada, 21 aux Indes, 1 à Malte et 26 en Australie. Ces chiffres concernant l'Empire britannique et celui des Indes néerlandaises sont également extraits du rapport de Tunis mentionné ci-dessus.

¹² BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 167.

SOURCE ET METHODOLOGIE

• Présentation

Le corpus de sources qui m'a servi à réaliser ce mémoire est également celui qui a dicté en grande partie les délimitations chronologiques de cette étude. En effet, les sources concernant le traitement des aliénés au Sénégal se trouvent en majorité au sein de la série H, soit la série « santé » du fonds de l'ancienne AOF. Cette série est séparée en deux parties : l'une couvrant la période allant de 1896 à 1929 et l'autre englobant la période de 1920 à 1959. Si la totalité de la série H est consultable aux Archives Nationales du Sénégal, seule la première partie et certaines sous-séries datant d'après 1920 sont consultables sous formes de microfilms aux Archives Nationale d'Outre-Mer (ANOM) à Aix en Provence, où j'ai trouvé l'essentiel de mes archives. Les archives des ANOM sur lesquelles s'appuie ce mémoire peuvent se diviser en deux parties : la sous-série H26 ainsi que la sous-série 1H74.

❖ Sous-série 1H74

La sous-série 1H74 est constituée de rapports concernant les aliénés au Sénégal et en AOF, élaborés entre 1910 et 1938 et conservés par l'Inspection générale des Services sanitaires et médicaux (IGSSM) du gouvernement général de l'AOF. Ces rapports, écrits par trois médecins des troupes coloniales, à savoir les docteurs Morin, Cazanove et Cheneveau, sont pour la plupart des réponses à des questionnaires émis par la Direction des Services sanitaires. N'ayant aucune vocation à être publiés mais bel et bien destinés à rester au sein de la sphère privée de l'administration coloniale, ces rapports constituent pour la plupart des « états des lieux » quant à la situation de la prise en charge des aliénés. Mais ceux-ci témoignent également – de manière directe ou indirecte, en retraçant l'historique de la question – de l'assistance aux aliénés aux colonies, des demandes et des critiques antérieures ou contemporaines à leurs écrits, concernant l'absence de politique sanitaire mise en place pour eux. Ainsi ces rapports permettent de retracer l'historique des propositions, des projets, des critiques et des desideratas formulés et adressés à la Direction du Service de santé de l'AOF.

❖ Sous-série H26

La sous-série H26 est constituée de circulaires et de correspondances élaborées entre 1916 et 1918, soit au moment de la première guerre mondiale. Majoritairement composée d'une correspondance entretenue entre l'hôpital indigène de Dakar, le gouverneur général de l'AOF Gabriel Angoulvant, et l'ambassadeur de Gambie, cette série complète la sous-série 1H74. Alors que cette dernière rapporte de manière globale les difficultés causées par le manque de législation, la sous-série H26 témoigne quant à elle des problèmes concrets rencontrés par les agents coloniaux. Ainsi suit-on, au fil des correspondances, les aléas du cheminement des aliénés qui sont menés de-ci de-là, au gré des établissements, lesquels s'empressent, faute de place, de les renvoyer.

Afin de mieux interpréter ces sources produites par ou pour l'administration coloniale, je les ai mises en parallèle avec les écrits scientifiques de l'époque que j'ai donc choisi d'intégrer à mon corpus de sources.

❖ Ecrits scientifiques publiés

Les écrits utilisés – afin de mieux éclairer et replacer dans leur contexte scientifique et idéologique les sources citées précédemment – sont publiés dans deux revues périodiques : les *Annales d'hygiène et de médecine coloniales* créée en 1898 et rebaptisée *Annales de médecine et de pharmacie coloniales* en 1920, ainsi que le *Bulletin de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'Ouest africain et de Madagascar*. A défaut d'avoir établi l'historique et la visée scientifique et/ou politique des *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, je peux néanmoins retracer l'historique du *Bulletin*. Comme son nom l'indique, cette revue, créée en 1908, était le bulletin officiel de la société de pathologie exotique (SPE) fondée un an auparavant par un disciple de Pasteur. Suivant la ligne directrice de la SPE, la revue publiait des articles scientifiques concernant les maladies « exotiques » des hommes et des animaux ainsi que l'hygiène et les mesures sanitaires, dans le but d'empêcher l'expansion des pathologies tropicales. Ainsi, comme l'explique Jean-Paul Bado, ce « périodique [...] devait permettre d'atteindre le maximum de scientifiques préoccupés par les affections et l'hygiène tropicales¹³ ». Mais si cette revue, marquée par les conceptions hygiénistes de l'époque,

¹³ BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 156.

s'adressait à des scientifiques, la société de pathologie exotique constituait également un « groupe de pression scientifique au service des priorités sanitaires¹⁴ ». Le bulletin, dont les parutions mensuelles étaient réunies dans un volume annuel, servait, d'après J.-P. Bado, de bréviaire à la communauté scientifique, ainsi que d'organe de propagande suggérant ou organisant la mise place de certaines mesures sanitaires aux colonies. Au sein de cette revue, je n'ai dénombré que trois articles, d'ailleurs tous écrits par le docteur Franck Cazanove, portant sur l'étude des maladies mentales aux colonies. Néanmoins, il semble important de les citer car, mêlant études nosographiques¹⁵ des aliénés sénégalais et européens aux études sur l'assistance des aliénés au Sénégal et en AOF, ces articles, de par leur sujet même, témoignent du public visé : communauté scientifique et services décisionnels des politiques sanitaires aux colonies. Cependant, si J.-P. Bado décrit cette revue comme étant un organe de propagande et de pression effective, ceci semble attesté pour les maladies « exotiques ». Mais concernant la psychiatrie, la question reste ouverte.

Enfin, le dernier document scientifique utilisé au sein de ce corpus est le *Précis de psychiatrie* de Régis Emmanuel, professeur de psychiatrie à l'école de médecine coloniale de Bordeaux et figure majeure de la lutte pour instaurer un service d'assistance psychiatrique aux colonies¹⁶. Emmanuel Régis ayant été le professeur de nombreux médecins coloniaux qui ont eux-mêmes rédigé les études sur l'assistance des aliénés au Sénégal, il me semblait indispensable de comprendre sa pensée afin d'analyser les répercussions et l'influence que ce dernier a pu avoir sur les médecins rédigeant les rapports que nous allons étudier. Ainsi, ce *Précis de psychiatrie*, au même titre que les écrits aliénistes de l'époque, permet d'étudier la production de savoirs et de connaissances concernant les maladies mentales.

- **Limites et perspectives**

Si ces écrits scientifiques et les rapports de la sous-série 1H74 permettent de déterminer le processus colonial de la définition de la folie, il semble néanmoins important d'en souligner les limites. N'offrant que le point de vue des colonisateurs, ces écrits instaurent une distance, sous

¹⁴ BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p.151.

¹⁵ La nosographie désigne la description et la classification des maladies, en l'occurrence mentales.

¹⁶ Régis est avec Henri Reboul, à l'origine de l'intérêt porté aux aliénés dans les colonies. Avec leur compte rendu portant sur « l'assistance des aliénés aux colonies », ils portèrent cette question à l'ordre du jour, pour la première fois, lors du congrès des aliénistes de Tunis en 1912, la question à. Voir REBOUL, Régis et REGIS, Emmanuel, « L'assistance des aliénés aux colonies », *Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XXIIe session, Tunis, le 1^{er}-7 avril, 1912*, Mason & Cie, Paris, 1912.

couvert de l'analyse scientifique, avec les principaux concernés, à savoir les patients, considérés comme des objets d'études et non plus comme des êtres humains. Ne se baser que sur des sources médicales coloniales, c'est omettre un pan indispensable à l'écriture d'une histoire médicale sociale : l'étude de la répercussion des politiques sanitaires sur les patients et la perception que ceux-ci avaient des traitements, des médecins et de la médecine en général.

Si aujourd'hui les historiens, à l'instar de ceux de l'histoire de la médecine, souhaitent décroiser l'histoire de la psychiatrie par les marges en donnant la parole aux patients¹⁷, cette approche est impossible à réaliser sur la période étudiée, les dossiers médicaux nous intéressant ayant été détruits pour la plupart.¹⁸

Néanmoins, il n'est pas impossible que l'hôpital de Saint Louis ait conservé ces dossiers. Une prospection sur le terrain serait donc utile.

Une autre approche permettant d'élargir cette étude serait l'examen des archives judiciaires et policières, également conservées aux archives nationales du Sénégal.

Les archives policières nous permettraient, au vu des rapports écrits par les agents, de comprendre comment les personnes soupçonnées d'aliénation arrivait entre les mains de la police. Ces dernières étaient-elles arrêtées par la police elle-même ? S'agissait-il d'arrestations pour délits troublant l'ordre public et pouvant être préjudiciables à la sécurité des personnes ou bien d'arrestations par simple suspicion ? Ces supposés aliénés étaient-ils livrés par leurs proches et pour quelles raisons ? Dans un souci de préserver la sécurité ou bien pour des motifs plus obscurs et moins honorables ? Megan Vaughan, à travers plusieurs études de cas, a démontré que la pratique de la délation arbitraire entre Malawites (ancien Nyassaland), masquant des conflits d'intérêt, n'était pas rare¹⁹.

Les sources judiciaires quant-à-elles, concernant la justice indigène, pourraient également nous renseigner sur la manière dont était déclarée la folie au cours des procès et comment un accusé pouvait échapper ou non à la prison et à la peine de mort. Quels étaient les

¹⁷ Cette histoire sociale de la psychiatrie « par le bas » souhaite donner la parole aux patients, notamment à travers l'étude de leurs dossiers médicaux ou bien de leurs écrits personnels. Cette approche a été entre autres expérimentée par Benoit Majerus dans son ouvrage *Parmi les fous, Une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, Presses universitaires de Rennes, Rennes, 2013. Concernant l'histoire de la psychiatrie coloniale, l'ouvrage de référence donnant la parole aux patients est celui de SADOWSKY, Jonathan, *Imperial Bedlam : institutions of madness in colonial southwest Nigeria*, University of California Press, Los Angeles, 1999.

¹⁸ Lors d'une discussion avec René Collignon, rencontré dans le cadre de mes recherches, ce dernier m'a rapporté que la plupart des dossiers médicaux de de l'hôpital indigène de Dakar avaient été jetés à la mer.

¹⁹ VAUGHAN, Megan, "The madmen and the medicine men: Colonial Psychiatry and the theory of deculturation", *Curing their ills: Colonial power and African illness*, Stanford University Press, 1991, p. 100-129. Dans cet article, M. Vaughan démontre à travers plusieurs exemples que des Malawites accusaient de folie certains de leurs homologues afin que ceux-ci soient pris en charge par les Anglais. Il s'agissait alors de fausses accusations émises à l'encontre de personnes avec qui « l'accusateur » avait des différends.

procédés judiciaires mis en place pour une détection de la maladie mentale aux cours des procès. Celle-ci était-elle systématique ? Comment était démontrée l'irresponsabilité de l'accusé ? Les archives judiciaires nous permettraient de mieux appréhender les relations entre droit et aliénation, ainsi que le rôle joué par les médecins aux cours des procès.

Archives policières et judiciaires ouvriraient donc cette analyse de la psychiatrie au Sénégal coloniale sur une histoire à la fois plus juridique et plus sociale.

PROBLEMATIQUES

Le sujet de ce mémoire, ainsi que les sources présentées ci-dessus, amènent un certain nombre de questionnements auxquels nous essaierons de répondre.

D'après la présentation du sujet de ce mémoire, comment expliquer l'absence ou la mauvaise prise en charge des aliénés ? Est-ce la conséquence d'un désintérêt des milieux décisionnels, à savoir de la Direction du Service de santé, du gouverneur du Sénégal, du gouverneur général ou encore du ministère des colonies ? Au cours de cette étude, nous verrons que l'Administration des Services sanitaires, envoyant régulièrement des questionnaires, semble se préoccuper du sort des aliénés. Mais cet intérêt soulève une deuxième question. A une époque où la fonction première de la médecine coloniale est de soigner les « indigènes ²⁰ » afin que ceux-ci soient aptes et efficaces à mettre en valeur les colonies, l'on peut se demander si cet intérêt porté aux aliénés est le reflet d'une préoccupation « hygiéniste » qui est plus d'ordre sanitaire que psychiatrique ?

A défaut d'une concrétisation de l'amélioration du traitement des aliénés, il faut néanmoins émettre une première constatation : les sources et les écrits scientifiques témoignent d'un réel moment d'émulation scientifique où se font jour pléthores d'études et de propositions pour la prise en charge des aliénés. Pourtant, malgré leur caractère concret, ces propositions ne verront le jour qu'au sortir de la colonisation. On peut donc s'interroger, à savoir si l'idée d'une colonie comme terrain d'expérimentation, idée déjà exploitée par une partie de l'historiographie de la médecine coloniale, est valable pour la psychiatrie au Sénégal. Suivant cette question, on pourrait questionner la pensée psychiatrique. Bien qu'il soit impossible de comprendre l'évolution de la pensée psychiatrie coloniale sans tisser un parallèle avec l'évolution de la

²⁰ Tout au long de cette étude, le terme « indigène » désignant les Africains, sera employé dans un souci de conformité aux règles d'expression de l'époque coloniale.

psychiatrie métropolitaine, on peut se demander s'il existe une pensée psychiatrique coloniale indépendante, se détachant de la pensée psychiatrique dominante en métropole.

Enfin peut-on également questionner, à travers le statut doublement ambigu des médecins psychiatres, le rôle que ceux-ci ont joué ou non au sein de la « mission civilisatrice », notamment à travers la définition de la folie. Car le médecin colonial est à la fois guérisseur, censé soigner la population mais également agent du pouvoir colonial en tant que militaire. Ce double statut semble d'autant plus important que le rôle du psychiatre est de séparer la normalité du pathologique et que la normalité au sein des colonies est pensée sous le prisme de la domination.

PARTIS PRIS HISTORIOGRAPHIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

Retracer l'histoire de la prise en charge des aliénés au Sénégal ne peut se faire sans émettre quelques précisions. Tout d'abord, il nous faut évoquer une première constatation, qui détermine un parti-pris historiographique. Il apparaît en effet nécessaire de rappeler que la politique sanitaire mise en place au Sénégal s'effectue essentiellement dans les centres urbains, et ce, au détriment des territoires intérieurs. Bien qu'un service d'assistance médicale indigène (AMI) soit créé en 1905 – service de médecine itinérante chargé de dispenser à titre gratuit les mesures d'hygiène et les soins médicaux nécessaires aux populations africaines – la majorité des dispositions sanitaires est réalisée en ville. Or le statut social des citadins revêt un caractère particulier, différent de la population sénégalaise résidant à l'intérieur des terres. Ainsi nous paraît-il indispensable d'étudier l'histoire des différents statuts sociaux, histoire qui est indissociable de la spécificité politique sénégalaise, mêlant administration directe et administration indirecte. La question de la politique assimilationniste sénégalaise apparaît d'autant plus primordiale qu'au sein de la psychiatrie coloniale, les traitements apportés aux malades diffèrent selon leurs statuts sociaux.

- **La question de la théorie assimilationniste au sein des débats historiographiques**

La théorie coloniale de l'assimilation, soit le fait d'accorder aux colonisés le statut de citoyen, en les « assimilant » juridiquement aux métropolitains, revêt une importance particulière au Sénégal. En effet, il s'agit de la seule colonie africaine où les Français introduisent la politique d'assimilation, alors que les autres colonies sont soumises à la politique

associationniste²¹. Cependant, cette politique n'est introduite que dans une région bien déterminée. Le décret du 18 octobre 1904 qui prévoit l'organisation de l'AOF²², déclare à propos du Sénégal que les Quatre Communes, dites communes de plein exercice de Dakar, Saint Louis, Gorée et Rufisque ; les faubourgs de ces communes et le territoire qui longe la voie ferrée Dakar-Saint-Louis sont des territoires d'administration directe, tandis que le reste du Sénégal est un pays de protectorat. Concrètement, cela signifie que les communes de plein exercice sont soumises à la même organisation administrative que la France, rendant donc (en principe) applicable la législation française dans ces villes et faisant de ses natifs des citoyens français. A contrario, les pays de protectorat sont soumis au code de l'indigénat de 1887, réduisant les habitants sénégalais au statut de sujets de l'Empire français, relevant du pouvoir discrétionnaire des administrateurs territoriaux.

Si d'abondantes études ont été réalisées sur la politique assimilationniste et associationniste française, la plupart des travaux jusque dans les années 1960, à l'instar de ceux d'Hubert Deschamps avec *Les méthodes et les doctrines coloniales de la France : du XVI^e siècle à nos jours* ou de Raymond Betts²³, ne traitent de ce sujet que sous forme de théories abstraites de la domination coloniale française. Or, souhaitant m'intéresser aux effets pratiques de la politique française au Sénégal, j'ai donc fait le choix de ne pas utiliser ces ouvrages.

Le contexte des indépendances et de l'atmosphère nationaliste des années 1960 et 1970 fait émerger une nouvelle approche beaucoup plus concrète de la question assimilationniste au Sénégal. Michael Crowder dans *Senegal a study of French assimilation policy*²⁴, offre la première étude portant sur la politique assimilationniste française au Sénégal. Il insiste sur le caractère difficilement définissable de l'assimilation, terme utilisé pour décrire à la fois l'assimilation culturelle, l'organisation économique, le statut légal des citoyens sénégalais des Quatre Communes, ainsi que la centralisation administrative à l'époque coloniale. En retraçant l'évolution des pratiques juridiques et administratives ainsi que les réactions sénégalaises suscitées par une telle doctrine, M. Crowder soutient que l'assimilation a été effective chez les originaires des communes de plein exercice. Dans la continuité de M. Crowder, l'ouvrage de Wesley Johnson paru en 1971, *The emergence of Black politics in Senegal: The struggle for*

²¹ La politique associationniste consiste en théorie, à respecter les coutumes locales et à ne pas imposer d'administration française, laissant en place l'autorité traditionnelle africaine, soit les chefs de villages.

²² L'AOF, officiellement constituée par le décret du 16 juin 1885, est la fédération regroupant les 8 colonies françaises d'Afrique de l'ouest, soit le Sénégal, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Dahomey, la Mauritanie, le Niger, la Haute Volta et le Soudan Français.

²³ DESCHAMPS, Hubert Jules, *Les méthodes et les doctrines coloniales de la France : du XVI^e siècle à nos jours*, Paris, Colin, 1953 et BETTS, Raymond, *Assimilation and association in French colonial theory, 1890-1914*, University of Nebraska Press, 1960.

²⁴ CROWDER, Michael, *Senegal, A study of French assimilation policy*, Oxford University Press, London, 1962.

power in the four communes, 1900-1920, étudie à travers l'histoire politique du Sénégal, l'émergence d'une conscience politique sénégalaise dans les années 1920 en lien avec la politique assimilationniste. Quant à savoir si valeurs assimilationnistes prônées par les français ont été adoptées par les citoyens sénégalais, W. Johnson soutient que l'on peut répondre positivement, car les originaires se sont emparés de la doctrine assimilationniste afin de demander plus d'égalité citoyenne. Ces deux ouvrages constituent en grande partie la base sur laquelle je me suis appuyée afin de retracer l'histoire politique des Quatre Communes. Néanmoins, ces deux approches dévoilent une conception binaire de la question assimilationniste, réduisant celle-ci à une dualité opposant acceptation et résistance des Sénégalais et/ou des Français envers cette politique.

Avec le renouveau historiographique des études coloniales des années 1990, une nouvelle conception de la politique assimilationniste se fait jour. Alice Conklin dans *A mission to civilize, The Republican Idea of Empire in France and West Africa, 1895-1930*²⁵ développe une approche beaucoup plus nuancée de l'assimilation. En introduisant le concept de « mission civilisatrice », qu'elle définit comme étant la volonté de l'Empire français, « d'élever » les indigènes, de les convertir ou de les éduquer afin qu'ils s'approchent au plus près des Européens, considérés comme supérieurement développés, Conklin révèle les contradictions intrinsèques à la colonisation. Mue par l'idéal universaliste républicain présent dans les discours coloniaux, la « mission civilisatrice » se contredit lors de sa mise en pratique, régie par une politique arbitraire et coercitive. Ce faisant, A. Conklin, bien que ne traitant pas spécifiquement du Sénégal, remet en question l'idée jusqu'alors prédominante que l'assimilation était la pratique coloniale conforme aux discours de la « mission civilisatrice ». Cet ouvrage m'a donc été très utile pour nuancer l'apparente effectivité de la « mission civilisatrice » à travers l'assimilation. De plus, A. Conklin, tisse en permanence des parallèles entre la métropole et la colonie, entre la politique coloniale et la politique française de la III^{ème} république. Ce faisant, elle regarde la politique coloniale en miroir de la politique métropolitaine, sans pour autant dénigrer le rôle que la colonie elle-même a pu jouer dans la formation idéologique française. Cette idée de la colonie comme miroir réfléchissant permet de désenclaver une histoire politique du Sénégal pensée uniquement à travers les discours coloniaux, qui loin d'être monolithiques, sont révélateurs de contradictions plurielles.

Cette nouvelle approche de l'histoire coloniale remettant en question la perception dualiste de la politique assimilationniste est aujourd'hui poursuivie par des historiens

²⁵ CONKLIN, Alice, *A mission to civilize, The republican idea of empire in France and West Africa, 1895-1930*, Stanford University Press, California, 1997.

francophones tels que Catherine Coquery-Vidrovitch, qui, à l'instar de Conklin cherche à révéler les contradictions internes à la colonisation. Dans son article sur les concepts de nationalité et de citoyenneté au Sénégal²⁶, elle étudie l'écart entre les discours politiques de l'assimilation culturelle et les stratagèmes mis en place à travers les pratiques juridiques afin de restreindre les droits des originaires. La loi établissait une différence entre « citoyenneté » et « nationalité », distinguant les citoyens ayant des droits politiques, des Français, dont les droits civils (concernant le mariage, la famille etc.) différaient de ceux des originaires. Enfin, s'inscrivant dans un projet de réécriture de l'histoire de la politique française d'assimilation et de ses résultats dans les Quatre Communes du Sénégal, Mamadou Diouf, universitaire sénégalais politiquement engagé et militant pour la démocratie, repense également la politique assimilationniste, au travers de son article sur l'assimilation coloniale et les identités religieuses de la civilité des originaires des Quatre Communes²⁷. Diouf interroge la pertinence de l'interprétation d'une politique assimilationniste qui souhaiterait délibérément effacer la culture des colonisés. En s'intéressant aux religions chrétienne et musulmane présentes dans les Quatre Communes, M. Diouf montre comment le pouvoir colonial devait gérer ces deux communautés. Ce faisant, il révèle une réalité beaucoup plus complexe de la pratique assimilationniste, allant même jusqu'à démontrer l'existence d'une « civilité de composition » indigène et française. Révélant l'émergence d'une culture composite qui s'affirme comme différente de la culture métropolitaine, il met ainsi à mal la dichotomie pensée entre assimilation et rejet de la culture française, jusqu'alors théorisée par M. Crowder et W. Johnson.

- **La psychiatrie coloniale et la question du « grand renfermement » au sein des colonies**

Afin de comprendre la démarche historique appliquée dans ce mémoire, nous devons faire état d'un choix historiographique qui ne peut s'expliquer sans une mise en parallèle avec l'histoire de la psychiatrie. Si l'histoire de la psychiatrie, à l'instar de la psychiatrie coloniale, a d'abord été écrite les psychiatres eux-mêmes²⁸, il faut rappeler qu'avant d'être pensée par les

²⁶ COQUERY-VIDROVITCH, Catherine, « Nationalité et citoyenneté en Afrique occidentale française : Originaires et citoyens dans le Sénégal colonial », *The Journal of African History*, Vol. 42, No. 2, Cambridge University Press, 2001, p. 285-305.

²⁷ DIOUF, Mamadou « Assimilation coloniale et identités religieuses de la civilité des originaires des Quatre Communes (Sénégal) », *Revue Canadienne des Études Africaines*, Vol. 34, No. 3, ed. Taylor & Francis, 2000, p. 565-587.

²⁸ Pour une histoire de la psychiatrie française exercée en Métropole, on peut citer l'ouvrage de Henri Baruk, psychiatre théorisant *La psychiatrie française de Pinel à nos jours*, Bibliothèque universitaire de France, Paris, 1967. Jean-Michel Bégue avec *Un siècle de psychiatrie française en Algérie (1830- 1939)*, Mémoire de CES de

historiens, la psychiatrie a été théorisée dans les années 1960 par des philosophes, et notamment par M. Foucault. Son ouvrage *Folie et déraison, Histoire de la folie à l'âge classique*, publié en 1961, a fortement influencé l'histoire de la psychiatrie mais également celle de la médecine en général. En effet, la notion de biopouvoir de Foucault a été reprise et appliquée à l'histoire de la médecine coloniale, vue comme un instrument de contrôle des corps ; instrument de l'Etat colonial qui individualiserait les sujets pour mieux les contrôler²⁹. Cette question du « grand renfermement » concernant la psychiatrie coloniale est quant à elle posée pour la première fois par Megan Vaughan dans un chapitre de *Curing their ills: Colonial power and African illness*, paru en 1991. Le livre, étudiant la façon dont les discours médicaux dans les colonies britanniques, du XIXe siècle au milieu du XXe siècle, ont construit l'image et l'identité de l'Africain, questionne la notion de biopouvoir en la désacralisant. Vaughan montre que les institutions médicales n'ont pas créé « d'individus » types et que les professionnels médicaux européens ont développé des constructions alternatives et parfois conflictuelles de l'identité africaine. Elle s'accorde cependant pour dire, au sein du chapitre consacré à la psychiatrie, qui étudie l'asile de Zomba au Nyasaland (actuel Malawi)³⁰, que la préoccupation des médecins coloniaux était moins la construction de l'image d'un Africain fou, que la réaffirmation de la différence de l'Africain par rapport au colonisateur. En s'inscrivant dans la lignée de Megan Vaughan et des auteurs tels que Richard Keller ou Jonathan Sadowsky, qui ont questionné pour en montrer les limites, cette notion de biopouvoir, nous ferons le postulat que le « grand renfermement » dont parle M. Foucault à propos des institutions asilaires en Europe, ne s'applique pas aux colonies et ne chercherons donc pas à questionner cette notion au sein de notre étude.

psychiatrie, Faculté de médecine Saint Antoine Paris, 1989 est quant à lui le premier psychiatre française à écrire une histoire de la psychiatrie coloniale.

²⁹ Parmi ces approches foucaaldiennes on peut citer l'ouvrage de BUTCHART, Alexander, *The anatomy of power: European constructions of the African body*, Zed Books, London.1998 ou encore celui de ARNOLD, David, *Colonizing the body: State medicine and epidemic disease in nineteenth-century India*, University of California Press, Los Angeles, 1993.

³⁰ Voir VAUGHAN, Megan, "The madmen and the medicine men: Colonial Psychiatry and the theory of deculturation", *Curing their ills: Colonial power and African illness*, Stanford University Press, 1991, p.100-129.

- **Penser la psychiatrie à travers les questions de centres/périphéries caractéristiques d'une histoire coloniale**

Impulsée par l'article de M. Vaughan, l'étude de la psychiatrie coloniale est essentiellement l'apanage des auteurs anglophones. Le premier ouvrage entièrement consacré à l'étude du traitement des maladies mentales dans les colonies est celui de Leland Bell, *Mental and Social Disorder in Sub-Saharan Africa: The Case of Sierra Leone, 1787-1990*, publié en 1991. L'auteur, étudiant les dossiers médicaux de l'hôpital Kissy de Freetown en Sierra Leone, colonie britannique, livre majoritairement une histoire institutionnelle de l'hôpital et de ses patients de l'époque coloniale à l'indépendance. Je dois cependant reconnaître que contrairement à mes attentes, ce livre ne m'a pas aidé à penser la psychiatrie aux colonies. Le contexte culturel dans lequel s'établit la volonté de soigner les malades mentaux n'est pas étudié et ne permet donc pas de saisir l'évolution de la psychiatrie. De plus, ne remettant en question ni ne contextualisant les concepts occidentaux utilisés pour définir la maladie, ce livre reste en grande partie occidental-centré. A contrario, si l'ouvrage de Jock McCulloch, *Colonial Psychiatry and the « African Mind »*, datant de 1995, est le premier livre à étudier la psychiatrie coloniale sur l'ensemble des colonies britanniques, on peut lui reprocher de ne se focaliser que sur une vision coloniale de la folie. Souhaitant faire une histoire sociale de la psychiatrie coloniale, en analysant les théories psychiatriques racistes développées sur les Africains, l'auteur ne met pas en perspective les pensées coloniales avec les pensées prédominantes au même moment dans les métropoles, alors qu'elles ont indubitablement influencé la politique et l'idéologie au sein des colonies. Néanmoins, la théorie principale de McCulloch, soutenant que les discours psychiatriques légitimaient la poursuite du régime colonial, à une période où émergeaient les revendications nationalistes et indépendantistes africaines, nous permet de transposer cette question au sein du Sénégal.

La véritable rupture historiographique de l'histoire de la psychiatrie coloniale s'opère en 1999 avec l'ouvrage de J. Sadowsky, *Imperial Bedlam: Institutions of Madness in Colonial Southwest Nigeria*. Sadowsky se propose d'examiner comment, quand et pourquoi les Africains ont été définis comme fous, et cherche à prouver que les définitions de la folie sont liées au contexte politique du colonialisme. Pour lui, tout comme M. Vaughan, la préoccupation et les idéologies des autorités médicales coloniales reflètent les angoisses, les inquiétudes et les insécurités des agents coloniaux. Sans abandonner la possibilité que l'internement psychiatrique au Nigeria implique souvent des éléments de contrôle social, Sadowsky conteste néanmoins l'idée selon laquelle la folie serait un mythe socialement construit ou une simple appellation, en

démontrant que ces « malades » provoquaient également l'incompréhension au sein de leur famille. Ce faisant, il rompt avec les précédentes études menées sur la psychiatrie coloniale. De plus, en s'appuyant sur les dossiers médicaux des patients et en étudiant la réaction que les sujets coloniaux ont eue face à l'appellation de la folie, Sadowsky s'inscrit dans le nouveau courant historiographique de l'histoire de la médecine et de la psychiatrie, clamant la nécessité de se placer du côté des patients. Il est le premier historien de la psychiatrie coloniale à étudier la représentation que les malades se faisaient de la maladie, permettant ainsi de décroquer une histoire de la psychiatrie jusqu'alors focalisée sur la vision coloniale et occidentalocentrée. Néanmoins, comme nous l'avons expliqué précédemment, il nous est impossible d'approcher l'histoire psychiatrique sous cet angle, n'ayant point accès aux dossiers médicaux des patients.

Enfin, il faut évoquer l'ouvrage de Richard Keller, *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*, datant de 2008. S'inscrivant dans le nouveau courant historiographique de la médecine coloniale, il affirme que les développements de la psychiatrie ne résultent pas uniquement des impératifs politiques et sociaux créés par la situation coloniale, mais qu'il s'agit également d'une logique intrinsèque à la psychiatrie. Cette discipline qui souhaitait se développer, aurait par ses succès dans les colonies, assuré son avenir et sa crédibilité en occident. Il s'agit de l'ouvrage sur lequel je me suis majoritairement basée, notamment pour son approche d'une psychiatrie qui trouverait aux colonies un terrain d'expérimentation privilégié, délié des contraintes législatives présentes en France.³¹

Ainsi, cette analyse historiographique de la psychiatrie coloniale m'a permis d'avoir un regard plus critique sur les articles de R. Collignon, qui constituent les seuls travaux sur l'histoire de la psychiatrie coloniale au Sénégal. R. Collignon, psychiatre de métier, souhaite faire une histoire des mentalités afin de comprendre la formation de la figure de l'Africain fou. Ce faisant, il s'inscrit dans la lignée de Megan Vaughan et Richard Keller. Néanmoins, à l'instar de Leland Bell ou de Jock McCulloch, il ne se concentre que sur la pensée coloniale, ne tissant aucun lien avec la psychiatrie métropolitaine qui semble pourtant indispensable à la compréhension d'une psychiatrie coloniale. Ainsi essaierons-nous d'analyser, afin d'en révéler les continuités et/ou ruptures, la pensée psychiatrique métropolitaine en miroir de la pensée psychiatrique coloniale. Enfin, si R. Collignon justifie la particularité sénégalaise, du fait de sa double administration directe et indirecte, il n'étudie pas l'évolution des politiques assimilationniste et associationniste, ni leurs conséquences. Or l'évolution politique au sein des

³¹ Pour ne citer qu'un exemple, on pourrait évoquer les nombreuses propositions de loi visant à réformer celle de 1838, qui ont constamment été refusées par le Sénat.

Quatre Communes sénégalaises semble nécessaire pour appréhender l'évolution des politiques sanitaires mises en place au sein même de ces villes. Ainsi cela nous permettrait de questionner l'existence ou non d'une corrélation entre la pensée psychiatrique et une politique qui s'inscrit dans le concept plus global d'une « mission civilisatrice ».

PREMIERE PARTIE

**Contextualisation d'une colonie singulière et d'une
médecine dictée par les priorités coloniales**

I- Le Sénégal entre 1897 et 1938 : le paradoxe d'une colonie oscillant entre politique assimilationniste et répressions

Entre 1897, soit dix ans après l'accession de Dakar au statut de commune de plein exercice et 1938, le Sénégal connaît plusieurs crises et revirements politiques qui semblent s'articuler autour la fracture de la Première Guerre mondiale dont les conséquences matérielles et humaines ont eu un fort impact idéologique chez les colonisateurs et les Sénégalais. Ainsi découperons-nous le contexte historique entre un avant-guerre et un après-guerre, reprenant ainsi la plupart des classifications contextuelles effectuées par les historiens³².

A) De la mise en place d'une constitution métropolitaine à l'émergence d'une conscience politique sénégalaise (1897-1914)

a) La politique assimilationniste et sa mise en place administrative dans les Quatre Communes³³

Comme nous l'avons brièvement exposé au cours de l'introduction, la particularité de la colonie sénégalaise tient au fait de sa double administration. Les pays de protectorats, c'est-à-dire l'intérieur des terres, sont soumis au « code » de l'indigénat depuis 1887³⁴, régime juridique répressif, privant les autochtones de droits politiques et les assujettissant au travail forcé destiné à l'aménagement d'équipements publics³⁵. Parallèlement, les habitants des Quatre Communes possèdent le statut de citoyen français et des droits politiques. Mais cette singularité des communes dites de plein exercice s'inscrit en réalité dans un projet colonial plus ambitieux qui cherche à savoir si les sujets africains peuvent devenir ou non français et si, par conséquent, il faut étendre aux autres territoires cette politique assimilationniste en y appliquant une administration directe. Or, il faut rappeler que cette volonté française d'assimiler les populations colonisées, théorisée au siècle des Lumières, se fonde sur deux postulats fondamentalement paradoxaux. D'une part, elle se base sur la doctrine révolutionnaire de

³² Découpage historique notamment opéré par Alice Conklin, Wesley Johnson, et Catherine Coquery-Vidrovitch.

³³ Voir annexe n°1.

³⁴ Couramment désigné sous le terme de « code », l'indigénat, n'a en réalité jamais pris la forme d'un code regroupant des textes juridiques stabilisés. Il est donc plus juste de l'appeler « régime de l'indigénat ». D'abord instauré en Algérie en 1881, il fut ensuite élargi à l'ensemble des colonies française en 1887. Pour approfondir cette question se reporter à l'article de MERLE, Isabelle, « De la « légalisation » de la violence en contexte colonial. Le régime de l'indigénat en question », *Politix*, vol.17, n°66, 2004, p. 137-162.

³⁵ On peut citer la construction des voies de chemin de fer reliant Dakar à Saint Louis.

l'égalité des hommes et d'autre part, elle fait le postulat de la supériorité de la civilisation européenne, en l'occurrence française. M. Crowder dit à ce propos que « les Français, mis en présence de peuples qu'ils considéraient comme barbares, pensèrent que leur mission était d'en faire des Français. Ceci impliquait une acceptation fondamentale de leur égalité potentielle en tant qu'êtres humains, mais un rejet complet de la culture africaine³⁶ ». C'est donc suivant cette logique qu'est mise en place l'administration directe, organisée à l'image d'une administration métropolitaine, où la législation française est donc (en principe) applicable et où les habitants doivent bénéficier du statut de citoyen français.

Concrètement, les originaires des anciens comptoirs font très tôt l'expérience de la citoyenneté française. Pour retracer succinctement la mise en place des structures administratives et les droits accordés aux originaires, il faut citer quelques dates clefs : l'arrêté royal de 1840 qui institue au Sénégal un Conseil Général ; l'année 1848 où les Quatre Communes élisent pour la première fois un député à l'Assemblée nationale et enfin 1887, lorsque ces communes sont dotées d'un conseil municipal³⁷ et que les originaires³⁸ en tant que citoyens français, obtiennent le droit de vote et sont soumis au droit civil et pénal français³⁹. Ainsi, comme le souligne Gerti Hesselning, la politique d'assimilation favorise l'apparition d'une « petite élite noire dont la majorité des membres exercent une fonction dans les basses sphères de l'administration coloniale et dans le commerce⁴⁰ ». En 1910, cette « petite élite noire » crée l'*Aurore* à Saint Louis – une association bénévole de jeunes citadins qui organisent des débats et suivent d'un œil critique la politique sénégalaise – qui devient en 1912 l'association des *Jeunes Sénégalais*. Comme l'explique W. Johnson, c'est « probablement la première organisation jamais formée en prévision d'un combat politique en Afrique francophone⁴¹ », et qui stigmatise la situation défavorisée des Africains par rapport aux Français

³⁶ « Thus, the French, when confronted with people they considered barbarians, believed it their mission to convert them into Frenchmen. This implied a fundamental acceptance of their potential human equality, but a total dismissal of African culture as of any value », CROWDER, Michael, *Senegal, A study of French assimilation policy*, Oxford University Press, London, 1962, p. 2.

³⁷ A propos des fonctions exercées par ces institutions : le conseil général exerce un rôle consultatif sur le plan budgétaire, tandis que le conseil municipal fixe essentiellement les impôts.

³⁸ Sont appelés originaires les personnes capables de prouver qu'elles sont nées dans l'une des Quatre Communes ou bien qu'elles y résident depuis au moins 5 ans. Les Français ainsi que les « Métis » (enfants des français et de leurs maîtresses sénégalaises appelées *signares*) installés dans ces villes ont quant à eux automatiquement le droit de vote.

³⁹ L'Organisation judiciaire basée sur le modèle français était composée de deux juridictions de première instance : pour les affaires civiles, le tribunal se trouvait à Saint Louis tandis que celui des affaires pénales était à Gorée. Il existait également un tribunal musulman pour les affaires civiles à Saint Louis.

⁴⁰ HESSELING, Gerti, *Histoire politique du Sénégal, Institutions, droit et société*, Karthala, Paris, 1985, p. 142.

⁴¹ JOHNSON, Wesley, *Naissance du Sénégal contemporain, Aux origines de la vie politique moderne (1900-1920)*, Karthala, Paris, 1991, p. 187.

et aux métis. Face à l'émergence de ce que W. Johnson qualifie d'« éveil politique africain⁴² », l'administration coloniale essaie d'imposer le plus de restrictions possibles aux pouvoirs des citoyens des territoires d'administration directe.

b) Les tentatives coloniales de déposséder les originaires de leurs droits politiques

Les contradictions entre le discours assimilationniste et l'administration coloniale cherchant à brimer les droits des originaires s'expriment notamment par les nombreuses tentatives des gouverneurs du Sénégal d'éliminer les originaires des listes électorales. Pour donner un exemple de ces dissensions internes, en 1907 le gouverneur du Sénégal, Camille Guy, ordonne de rayer des registres électoraux dakarois les Africains ne pouvant apporter la preuve qu'ils ont été naturalisés français. Si le Conseil municipal rejette sa demande, le tribunal français de Dakar tranche un an plus tard en faveur du gouvernement. Cette décision, finalement annulée par la cour d'appel de Paris qui reconnaît les droits électoraux des originaires, précise néanmoins que ceux-ci ne jouissent de la plénitude de leurs droits politiques qu'à l'intérieur des communes, ce qui sous-entend qu'en dehors de celles-ci, ils doivent passer par les tribunaux musulmans.

En 1910 l'écart entre Créoles, Français et originaires, qui sont les trois groupes à participer à l'activité politique du pays, s'accroît drastiquement lorsqu'une commission judiciaire donne le droit de vote aux Français et Créoles vivant dans le protectorat, leur permettant ainsi de participer aux élections de la colonie, alors que les Africains originaires ne sont pas autorisés à voter en dehors des communes. Enfin, en 1912 un décret affirme que les Africains sont désormais tous jugés par les tribunaux indigènes à moins qu'ils ne soient en mesure de prouver qu'ils dépendent du droit français. Comme le rapporte W. Johnson, ce décret est qualifié d'infâme par les originaires qui sont alors soumis au régime arbitraire de l'indigénat en dehors des Quatre Communes et perdent toute possibilité de recourir aux tribunaux français ou musulmans⁴³. Bien que cette loi soit abrogée en 1914, elle témoigne des contradictions internes d'une théorie assimilationniste qui semble être acceptée voire même revendiquée par certains originaires, tandis que les administrateurs coloniaux, pourtant « garants » de cette théorie, cherchent à l'abroger. Comme le souligne M. Crowder, en brimant les droits politiques des originaires, les agents coloniaux questionnent en réalité le statut même des citoyens français

⁴² JOHNSON, Wesley, *Naissance du Sénégal contemporain, Aux origines de la vie politique moderne (1900-1920)*, Karthala, Paris, 1991, p. 155.

⁴³ JOHNSON, Wesley, *Naissance du Sénégal contemporain, Aux origines de la vie politique moderne (1900-1920)*, Karthala, Paris, 1991 p.108-109.

des Quatre Communes. En effet, certains administrateurs, partisans d'une assimilation complète, [soit] administrative (donc politique) et culturelle, remettent en question la légitimité d'accorder des droits citoyens français à des personnes n'adoptant pas entièrement les valeurs françaises. Comme le résume W. Johnson, « les Africains au Sénégal désiraient certes l'assimilation au sein des institutions politiques françaises mais en même temps, ils défendaient fermement leurs valeurs privées, traditionnelles et islamiques. Ce dualisme fondamental reflétait les espoirs et les craintes d'une élite africaine qui voulait le pouvoir politique, rendu accessible par le républicanisme français, tout en refusant la complète assimilation culturelle ».⁴⁴ En effet, si les Sénégalais sont naturalisés citoyens français, ils gardent cependant leur « statut personnel », c'est-à-dire qu'ils sont soumis à leur propre droit privé, concernant le mariage, le divorce, l'héritage, les terres etc... Or ces valeurs traditionnelles, opposées aux françaises, comme par exemple le mariage polygamique s'oppose à celui monogamique des Français, amène, d'après Catherine Coquery-Vidrovitch, à émettre une subtile distinction entre citoyenneté et naturalisation : « Les droits politiques étant distincts des droits civils, la jouissance des uns n'est pas nécessairement liée à celle des autres. Les indigènes du Sénégal peuvent donc avoir une capacité électorale indépendante de leur statut personnel⁴⁵ ».

Cette dichotomie entre l'administration qui essaie d'imposer le plus de restrictions possibles aux pouvoirs des originaires des Quatre Communes et la lutte entreprise par ces derniers pour conserver leurs anciens droits et institutions, atteint son paroxysme entre les deux guerres.

B) La première Guerre mondiale et ses conséquences ou la cristallisation des peurs et des revendications (1914-1938)

a) La naissance d'un nationalisme sénégalais ?

Alors que la Première Guerre mondiale éclate en 1914, l'élite sénégalaise, cherchant à obtenir plus de droit et donc d'égalité politique, trouve son porte-parole en la personne de Blaise Diagne. Ce fonctionnaire des douanes « assimilé » est élu député à l'Assemblée Nationale avec une large majorité des suffrages : 1910 voix contre 671 pour le candidat en deuxième

⁴⁴ JOHNSON, Wesley, *Naissance du Sénégal contemporain, Aux origines de la vie politique moderne (1900-1920)*, Karthala, Paris, 1991, p. 157.

⁴⁵, Cour de Cassation, arrêté du 22 juillet 1908, Rapport n.d. (1922 ?), AS 17 G I (versement 47), cité dans COQUERY-VIDROVITCH, Catherine, « Nationalité et citoyenneté en Afrique Occidentale Française : Originaires et citoyens dans le Sénégal colonial », *The Journal of African History*, Vol. 42, No. 2, Cambridge University Press, 2001, p. 291.

position⁴⁶, créant ainsi la surprise générale. Il s'agit de la première fois qu'un Africain, originaire et non pas métis, siège à la Chambre des députés française. Blaise Diagne, profitant de la Première Guerre mondiale et du recours aux troupes africaines dans l'effort de guerre, fait voter une série de lois qui permettent de reconnaître légalement la citoyenneté des originaires. En 1915, la première loi Blaise Diagne promulguée prévoit que les originaires des communes de plein exercice puissent remplir leurs obligations militaires dans les mêmes conditions que les Français. Cela leur permet donc de servir dans l'armée ordinaire et non pas dans le détachement spécial destiné aux Africains et d'avoir le même droit à la retraite. Bien que deux mois plus tard, seul un originaire ait profité de cette mesure⁴⁷, B. Diagne fait voter en 1916 une loi stipulant que : « Les natifs des communes de plein exercice du Sénégal et leurs descendants sont et demeurent des citoyens français soumis aux obligations militaires prévues par la loi du 19 octobre 1915⁴⁸ ». Cette loi qui permet aux originaires des communes de plein exercice de conserver leur statut de citoyen, même s'ils quittent leur commune, est élargie en 1918 aux familles des militaires indigènes non originaires qui accèdent, suite à la demande de B. Diagne, à la nationalité française⁴⁹. Enfin, pour comprendre ces avancées politiques, il faut citer qu'en 1920, suivant le droit du sol, il est décrété que les originaires obtiennent le statut de citoyen à la naissance, faisant d'eux des citoyens mais également des Français, ayant des droits politiques.

C'est à travers l'élection de Blaise Diagne qui, avec l'aide des originaires, a remplacé l'élite franco-créole alors dominante dans la politique locale que, d'après Wesley Johnson, émergent les premiers mouvements nationalistes que l'historiographie traditionnelle date généralement de la Seconde Guerre mondiale. En effet, W. Johnson soutient que l'influence de B. Diagne et ses avancées politiques entraînent l'émergence d'une conscience nationaliste de plus en plus contestataire. Suite à son élection, le Sénégal devient un centre de résistance où ont lieu les premières contestations politiques et ce, même en dehors des Quatre Communes. Dès 1919, des cheminots français et sénégalais décident de faire grève à Thiès, demandant une hausse des

⁴⁶ Chiffres cités par JOHNSON, Wesley, *Naissance du Sénégal contemporain, Aux origines de la vie politique moderne (1900-1920)*, Karthala, Paris, 1991, p. 211.

⁴⁷ Comme le souligne Catherine Coquery-Vidrovitch, il est difficile de savoir si c'était par « mauvaise volonté des autorités militaires ou manque d'enthousiasme des intéressés ? », COQUERY-VIDROVITCH, Catherine, « Nationalité et citoyenneté en Afrique Occidentale Française : Originaires et citoyens dans le Sénégal colonial », *The Journal of African History*, Vol. 42, No. 2, Cambridge University Press, 2001, p. 290.

⁴⁸ Décret du 14 janvier 1918, article 3, Journal officiel de la République française, 17 janvier 1918, 679-80, cité dans COQUERY-VIDROVITCH, Catherine, « Nationalité et citoyenneté en Afrique Occidentale Française : Originaires et citoyens dans le Sénégal colonial », *The Journal of African History*, Vol. 42, No. 2, Cambridge University Press, 2001, p. 290.

⁴⁹ Nommé commissaire recruteur de tirailleurs ouest africains durant la Première Guerre mondiale, Diagne envoie 93 000 tirailleurs au front en Europe, pour renforcer les 110 000 africains s'y trouvant déjà, sachant que la citoyenneté française serait attribuée aux Africains revenant du front.

salaires. Grève renouvelée en 1925, pour protester cette-fois-ci contre les mauvais traitements infligés par leur contremaître. Enfin, bien que les partis nationaux indépendants ne voient le jour qu'après la Seconde Guerre mondiale, ce qui concorde avec l'historiographie la plus répandue, on peut citer la formation du premier parti socialiste sénégalais (PSS), fondé en 1929 qui devient en 1938 la Section Française de l'Internationale Ouvrière (SFIO).

Face à l'éveil politique des Sénégalais, l'administration ne cesse sa lutte pour réduire leurs pouvoirs en continuant notamment, en dépit de la loi de 1916 qui l'avait rendue désuète, à appliquer la distinction entre citoyen et Français. Néanmoins, on peut remarquer une légère accalmie à partir de 1936 lorsque le Front populaire arrive au pouvoir en France. Les normes métropolitaines relatives aux droits du travail et à la liberté syndicale sont introduites dans la colonie. En 1937, le droit de créer des syndicats, jusqu'alors exclusivement accordé aux citoyens sénégalais dès 1920, est élargi aux sujets de l'Empire français. De plus, cette même année un nouveau décret simplifie les conditions d'accession à la citoyenneté française. Avancées politiques qui sont finalement réduites en miettes dès juillet 1937 lorsqu'un décret complique à nouveau les conditions d'admission. Ces mesures restrictives qui surviennent seulement un mois après la démission du gouvernement de Léon Blum, ne manque pas de nous questionner, comme le souligne C. Coquery-Vidrovitch : « doit-on y voir un durcissement quasi-immédiat à la suite d'une politique plus compréhensive du gouvernement socialiste, politique qui n'aurait, en tout état de cause, duré qu'un an ? ⁵⁰ ».

Globalement, durant cette période d'entre-deux guerres, la tendance politique coloniale reste celle d'une administration qui cherche à déposséder les Sénégalais de leurs droits. Mais cette politique restrictive se fait sous couvert d'un nouveau concept colonial : l'association.

b) L'association : la réponse politique d'un empire qui prend peur ?

En 1921, Albert Sarraut, ministre des colonies, affirme qu'une nouvelle ère « d'association » commence dans l'empire, une politique qui, en théorie, se fait en coopération avec les autorités locales et dans le respect des institutions et des coutumes. Dans cette période d'après-guerre, alors que les révoltes et contestations grondent dans les pays de protectorat et que l'élite assimilée demande plus d'égalité, les autorités fédérales prennent conscience qu'elles ont eu tort de priver les chefs de village de leur autorité traditionnelle. Concrètement, la doctrine

⁵⁰ COQUERY-VIDROVITCH, Catherine, « Nationalité et citoyenneté en Afrique Occidentale Française : Originaires et citoyens dans le Sénégal colonial », *The Journal of African History*, Vol. 42, No. 2, Cambridge University Press, Cambridge, 2001, p. 295.

associationniste se base sur deux concepts : l'idée qu'une forme de pouvoir partagé entre l'ancienne élite, c'est-à-dire l'autorité traditionnelle des chefs de villages, et la nouvelle – les originaires – est nécessaire afin de préserver l'autorité française. Deuxièmement, certains colonisateurs de l'Empire français pensent que si ce pouvoir est partagé de manière proportionnée et bien encadré, il peut être bénéfique aux sujets du protectorat et donc cohérent avec la « mission civilisatrice » en AOF, les chefs à la solde des Français, pouvant civiliser les masses rurales placées sous leur autorité. Ainsi en 1920 le conseil général se transforme en conseil colonial. Les vingt membres, généralement élus au sein du conseil par les habitants des Quatre Communes, le sont maintenant par tous les citoyens français, bien plus nombreux depuis que les tirailleurs sénégalais ont été naturalisés français. S'ajoute à cela 20 nouveaux membres qui doivent représenter les sujets, soit les personnes vivant à la campagne et n'étant pas citoyennes. En réalité, ces 20 nouveaux membres sont élus par les chefs de cantons⁵¹ qui sont eux même nommés par le gouverneur qui peut les révoquer à tout moment. Néanmoins, le conseil colonial est le seul conseil en Afrique dans lequel des noirs et des blancs, élus par une partie de la population, siègent côte à côte.

Pour comprendre ce revirement politique colonial, il faut savoir qu'en filigrane du discours officiel de l'association se cache une théorie raciale qui affirme que les Africains sont trop différents des Français pour atteindre leur niveau de civilisation et qu'ils ne sont donc pas assimilables. Pour Alice Conklin⁵², le développement de cette théorie raciale au lendemain de la Grande Guerre reflète en réalité la peur du gouvernement de voir les Africains mettre à mal la colonisation. Mais cette peur ne peut se comprendre sans une recontextualisation de la Première Guerre mondiale et des conséquences que celle-ci a eu en métropole et au Sénégal. Tout d'abord, on pourrait expliquer cette peur par le contexte politique sénégalais, déjà exposé auparavant. On pourrait penser que l'association se met en place pour limiter l'élite « assimilée » qui réclame plus de droits politiques et donc plus d'égalité, au nom de cette doctrine assimilationniste qu'ils reprennent à leur compte. De plus, si les théories raciales se font jour, présentant des populations africaines non assimilables et condamnées à rester dans un état d'infériorité civilisationnel, c'est également parce que les Français sont confrontés au

⁵¹ La subdivision en cercle soit des cantons divisés en villages a été instauré par Faidherbe. L'ordre d'autorité est le suivant : en haut de la pyramide se trouve le ministre des colonies, puis le gouverneur général de l'AOF. Viennent ensuite le gouverneur du Sénégal, puis les chefs de cantons et enfin les chefs de villages, relégués tout en bas de la hiérarchie décisionnaire.

⁵² CONKLIN, Alice, *A mission to civilize, The republican idea of empire in France and West Africa, 1895-1930*, Stanford University Press, California, 1997.

sein des régiments africains à des désertions, des refus d'aller combattre, des révoltes qui sont pour eux le signe d'une limite à l'assimilation.

Parallèlement, en métropole, un changement progressif se fait au sein du Parlement où les forces conservatrices surfent sur la vague d'inquiétude et de désillusion causée par quatre ans de guerre. Dans ce contexte d'après-guerre où les pertes matérielles et humaines sont extrêmement lourdes, conservatisme et xénophobie prédominent. Les législateurs cherchent à promulguer des lois pro-natalistes – afin de favoriser l'accroissement des naissances – ainsi que des mesures d'hygiène sociales censées régénérer une « race française » largement affaiblie au cours d'une guerre qui a laissée derrière elle 1,4 millions de morts ou disparus et fait 4,3 millions de blessés français. Ainsi, le racisme et le paternalisme qui s'intensifient en France constituent des facteurs locaux expliquant les discours sur l'association. Mais la politique et l'idéologie raciste métropolitaine peuvent également se comprendre à travers la peur des hommes politiques français qui, face à la prise de pouvoir des originaires, « comprirent rapidement le risque de « noircir » la France ⁵³».

Néanmoins, si la politique associationniste devient la politique officielle de l'Empire en Afrique, il faut nuancer ce revirement idéologique et son effectivité. Bien que l'association soit décidée après la Grande Guerre, l'idée d'une inefficacité de la politique d'assimilation n'est pas nouvelle. Déjà en 1900, lors d'un congrès colonial, des doutes et des réserves sont exprimés au sujet de l'assimilation et, à celui de 1906, la plupart des participants se déclarent ouvertement hostiles à l'assimilation et en faveur de l'association.⁵⁴ De plus, comme le rappelle M. Crowder⁵⁵, si l'assimilationnisme français et la politique d'association ont toujours été comparés avec la politique d'administration indirecte anglaise, menée par les théories de Lord Lugard, il faut constater qu'en pratique aucun des pouvoirs coloniaux, qu'ils soient français ou anglais, n'ont été en mesure de se tenir à la politique qu'ils souhaitaient mettre en place. Même lorsque la politique associationniste était officiellement prônée par le gouvernement, beaucoup d'administrateurs français étaient encore convaincus de la doctrine assimilationniste. Ce fossé entre les discours coloniaux français et leur réalisation a d'ailleurs été résumé par une phrase

⁵³ COQUERY-VIDROVITCH, Catherine, « Nationalité et citoyenneté en Afrique Occidentale Française : Originaires et citoyens dans le Sénégal colonial », *The Journal of African History*, Vol. 42, No. 2, Cambridge University Press, Cambridge, 2001, p. 285.

⁵⁴ PERSELL, S. Michael, « The French colonial congress », exposé inédit, présenté lors d'une séance de travail à l'Université de Stanford en 1965, cité par W. Johnson dans JOHNSON, Wesley, *Naissance du Sénégal contemporain, Aux origines de la vie politique moderne (1900-1920)*, Karthala, Paris, 1991, p. 100.

⁵⁵ CROWDER, Michael, *Senegal, A study of French assimilation policy*, Oxford University Press, Londres, 1962, p. 2.

de Joseph Ki Zerbo, qui présente le pouvoir comme une autorité oscillant « entre l'utopie de l'assimilation et l'illusion de l'association⁵⁶ ».

II- La politique sanitaire au Sénégal ou l'évolution d'une médecine au service des priorités coloniales

En 1942, le professeur Martin Goux résume les conditions de la « mise en valeur » des colonies africaines en ces termes :

Une pyramide dont le sommet est la civilisation, l'émancipation, la véritable intégration du continent noir dans l'Empire. Les faces en sont : Agriculture-Commerce- Industrie-Administration – Politique. Mais cette construction pour être solide doit reposer sur une base ferme, un socle résistant. Ce socle c'est la santé publique.⁵⁷

A travers cette citation de M. Goux, il apparaît que la fonction première de la médecine coloniale est de réaliser les desseins de la colonisation. Il semble alors que la médecine soit au service d'une politique de « mise en valeur » cherchant à « développer » ses colonies, tout en constituant son « socle ». Médecine et « mise en valeur » sont donc intrinsèquement liées, l'une ne pouvant se passer de l'autre, la réalisation de toute entreprise humaine ne pouvant se faire sans une population en bonne santé. Mais la médecine coloniale ne peut se résumer à la préservation de la santé publique. Pour comprendre l'évolution de cette discipline, il faut la réintégrer au sein des politiques sanitaires, soit l'étude des priorités de l'administration coloniale qui répondent aux impératifs économiques et à la stratégie de domination.

A) 1900- 1924 : Les débuts de la médecine coloniale

a) Une médecine coloniale au service d'une politique de *mise en valeur*

Le concept de mise en valeur des colonies s'inscrit dans la « mission civilisatrice » définie par Alice Conklin comme la volonté de l'Empire français « d'élever » les indigènes, de les convertir ou de les éduquer afin qu'ils s'approchent au plus près des Européens, considérés comme supérieurement développés⁵⁸. Ainsi, la mise en valeur des colonies semble être le fer de lance de cette mission civilisatrice qui, bien que présente tout au long de la colonisation, n'a

⁵⁶ KI ZERBO, Joseph, *Histoire de l'Afrique noire : d'hier à demain*, Hatier, Paris, 1972, p. 435.

⁵⁷ GOUX, Martin, « Rapport sur l'assistance et sur l'organisation du service de santé en AOF », *Archives du Pharo*, 1942, cité par PAM, Adama Aly, *Colonisation et santé au Sénégal (1860-1960)*, L'Harmattan Sénégal, 2018, p. 23.

⁵⁸ CONKLIN, Alice, *A mission to civilize, The republican idea of empire in France and West Africa, 1895-1930*, Stanford University Press, California, 1997.

pas toujours endossé la même définition. A la fin du XIX^{ème} siècle, la valorisation des ressources humaines et naturelles des colonies est pensée à travers un programme de développement rationnel et scientifique, censé améliorer le niveau de vie des Africains. Pour Ernest Roume, gouverneur de l'AOF de 1902 à 1907, il s'agit avant tout d'augmenter les exportations et de construire des voies de chemins de fer, tout en améliorant l'hygiène afin d'éliminer les parasites mortels aux Européens et aux Africains. La mission civilisatrice est donc d'abord pensée de manière matérialiste. En construisant des voies de communication « modernes », notamment à travers les chemins de fer, permettant de relier le territoire intérieur aux côtes⁵⁹, l'Empire pense favoriser les échanges de marchandises, de monnaie et d'idées, et donc permettre à la population africaine d'évoluer. Si la santé n'est pas la préoccupation première du gouvernement, un certain nombre de mesures sont néanmoins mises en place. Ainsi, le 14 avril 1904, un décret autorise le gouverneur de chaque colonie de l'AOF à promulguer les lois nécessaires à la prévention des maladies et à l'amélioration de l'assainissement public. Est également créé à Dakar un comité supérieur d'hygiène et de salubrité publiques afin de conseiller le gouverneur général⁶⁰. Il faut savoir qu'à l'époque que nous étudions, la maladie se présente à l'état endémique et que les épidémies qui se succèdent font des milliers de morts. On peut citer en 1900, une épidémie de fièvre jaune au Sénégal qui fait au moins 225 morts européens⁶¹ à Dakar et à Saint-Louis. Cette épidémie vide également la colonie de la moitié de sa population européenne qui fuit le foyer d'infection et revient en France. La métropole, voyant les conséquences directes de l'épidémie, commence alors à s'interroger sur les moyens de combattre efficacement la maladie qui compromet l'avenir de la colonie. Considérant que l'avenir de la présence française au Sénégal est menacé, la priorité sanitaire est donc avant tout dirigée vers les Européens et ce, aux dépens des Africains.

Comme le rappelle Louis-Armand Héraut, ancien médecin colonial : « la présence d'un médecin était indispensable pour traiter et maintenir la bonne santé physique et psychologique des garnisons. C'est ainsi que se créèrent en Afrique, à Madagascar et en Indochine les postes de cercles ou de provinces souvent appelés "Ambulance" ⁶² ». Il semble donc que la protection des militaires chargés de la conquête constitue le premier souci de l'administration. C'est d'ailleurs dans cette optique que les hôpitaux militaires sont créés, à Saint Louis (en 1853),

⁵⁹ On peut citer la construction du chemin de fer reliant Dakar à Saint Louis en 1885.

⁶⁰ Le gouverneur général siège à Dakar, tandis que le gouverneur du Sénégal siège à Saint Louis depuis la séparation de ces deux fonctions en 1902.

⁶¹ PAM, Adama Aly, *Colonisation et santé au Sénégal* (1860-1960), L'Harmattan, Sénégal, 2018, p. 111.

⁶² HÉRAUT, Louis-Armand, « La médecine militaire coloniale française : Une aventure médicale de trois quarts de siècle (1890-1968) », *Histoire des sciences médicales*, Tome 40, n° 4, Paris, 2006, p. 386.

Dakar (1913) et Gorée. D'abord destinés aux Européens et aux civils, ils sont par la suite ouverts aux Africains. Il faut également constater que ces hôpitaux sont créés dans les Quatre Communes où se concentrent la majorité de la population européenne, ainsi que les assimilés. On peut donc dire que la médecine coloniale est avant tout dirigée vers une élite et qu'elle répond aux priorités sanitaires de l'époque, c'est à dire aux préoccupations sanitaires jugées urgentes par l'administration et la métropole. Si l'on reprend l'exemple de l'épidémie de fièvre jaune de 1900 qui s'abat au Sénégal, c'est en voyant revenir les personnes fuyant la maladie que la métropole décide de faire de la fièvre jaune une priorité sanitaire. C'est ainsi qu'à partir de 1900, les réseaux de savants coloniaux et les structures de recherche de l'Institut Pasteur sont mobilisés pour combattre la fièvre jaune et qu'un projet d'assainissement des villes de Dakar, Saint Louis, Gorée et Rufisque voit le jour, avec un budget de 6 550 000 francs. C'est également en 1905, soit au sortir de cette épidémie, que des services d'hygiène sont institués dans les Quatre Communes. Enfin, si la fièvre jaune devient une priorité sanitaire au Sénégal, c'est certes pour protéger la population française y vivant mais également par souci économique et commercial. Dakar étant l'unique port militaire de la côte atlantique à partir duquel toutes les transactions commerciales s'effectuent, la protection de la ville devient, aux yeux de l'Administration, une priorité d'autant plus urgente.

b) « Les années sombres de la médecine coloniale »⁶³

Si la médecine coloniale est dirigée vers les Européens et qu'elle s'exerce en grande partie au sein des Quatre Communes et donc aux dépens des périphéries et de la population africaine, il faut néanmoins nuancer son effectivité. Jusqu'en 1924, la médecine peine à se mettre en place et doit combler de nombreuses lacunes. Cette médecine est alors divisée en deux services : une médecine fixe et une médecine mobile⁶⁴. La médecine fixe peut-être définie ainsi : le praticien se cantonne autour de son poste et de son centre hospitalier où il donne des consultations et fournit les soins aux malades qui se présentent. Bien qu'il soit parfois amené à entreprendre des missions ponctuelles en dehors du poste médical – notamment pour accomplir des campagnes de vaccination – ce dernier reste essentiellement attaché à l'hôpital ou à l'ambulance dans laquelle il travaille. A contrario, pour la médecine mobile, le médecin ne reste

⁶³ Expression empruntée à BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 14.

⁶⁴ Dans cette sous partie, nous nous appuyons essentiellement sur BADO, Jean-Paul, Chapitre 6 « Des obstacles à l'implantation de la médecine scientifique », *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 167-192.

pas fixé dans la localité où se trouve son centre médical mais donne des soins à d'autres malades relevant de la circonscription administrative dépendant de son autorité. Tout comme la médecine fixe, les soins médicaux mobiles bénéficient surtout aux Européens, aux assimilés et à leurs familles. Mais la médecine itinérante permet également de profiter aux Africains qui ont la chance de se trouver sur les voies empruntées par les médecins et qui sollicitent leur aide. En 1905 est créé l'assistance médicale indigène (AMI), basée sur deux fonctions : fournir des soins gratuits et enseigner les mesures d'hygiène auprès des Africains. Il s'agit donc de la première section qui est spécifiquement dirigée vers les Africains. Mais cette section, tout comme le service de médecine mobile et fixe, ne répond pas aux ambitions du gouvernement et le manque de moyens, de structures sanitaires et surtout de personnel médical entrave une médecine qui peine à s'installer. Et ce, non seulement au Sénégal, mais dans toute la fédération de l'Afrique de l'Ouest, comme en témoignent ces chiffres⁶⁵ :

Tableau 1

Les formations sanitaires selon les colonies de l'AOF de 1905 à 1913

Colonies	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Sénégal	14	15	17	27	24	26	31	27	28
Haut-Sénégal et Niger	15	20	24	27	24	31	30	24	35
Guinée	6	8	12	15	16	14	15	16	14
Côte-d'Ivoire	8	9	11	13	14	17	18	14	18
Dahomey	6	6	7	8	9	11	12	9	10
Mauritanie	2	3	4	4	6	5	7		3
Total AOF	51	61	75	94	93	104	113	95	108

- a) Sont ici regroupés sous le terme de formations sanitaires : les postes médicaux, les infirmeries ambulances et les centres hospitaliers en raison des difficultés de les représenter suivant leur statut.
- b) La case vierge indique que l'année 1912 n'a pas été renseignée par la Mauritanie.

⁶⁵ BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 177-180.

Tableau 2

Médecins employés au service d'assistance médicale en AOF de 1905 à 1912

Corps civil	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912
Médecins de l'AMI	8	19	22	41	38	38	45	29
Médecins militaires hors cadre de de l'AMI	?	12	16	25	38	47	44	62a
Médecins civils dits médecins urbains de l'AMI	8	8	7	7	7	6	5	5
Médecins militaires concourant accessoirement à l'AMI	?	22	35	21	21	21	21	40
Total AOF	16	61	80	94	104	112	115	155

- a) Le nombre croissant de médecins entre 1905 et 1912 est trompeur même si le chiffre s'élève à 77 médecins en 1914. En réalité il y a 43 médecins et non 77. Des 77 recrutés, 4 décèdent ; 7 sont licenciés ; 14 ont démissionnés et 9 sont rentrés en métropole sans espoir de retour, ce qui porte à 34 le nombre de médecins inscrits en AOF mais qui ne s'y trouvent pas réellement. Parmi les 44 restant en 1912, 3 ont signé des contrats de courte durée et 2 sont en disponibilité sans solde. Au lieu de 62, il ne reste que 38 praticiens. En 1913, ils ne sont plus que 34 dont 13 au Haut-Sénégal et Niger.

Si l'on compare les tableaux 1 et 2, on constate une progression significative du nombre de médecins et de celui des formations sanitaires entre 1905 et 1912. Néanmoins, les écarts entre le nombre de formations sanitaires et celui des médecins reste important. Comme l'explique Jean Paul Bado, « en se référant à la structure du service de la Fédération en 1905, on s'aperçoit que le corps médical était divisé en deux, [...]. D'un côté se trouvaient les médecins exclusivement attachés aux soins des militaires, de l'autre ceux qui s'occupaient des populations civiles. Autrement dit, seuls 16 médecins bénéficiaient du statut juridique de médecins de l'assistance médicale en 1905⁶⁶ ». Or les 16 médecins civils en 1905 ne sont pas

⁶⁶ BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 179.

les seuls à s'occuper de la santé des populations et de nombreux médecins militaires y participent également. Cependant, il est indéniable que le nombre de médecins est insuffisant face à la population des colonies de l'AOF.

Tableau 3

Population des colonies de l'AOF en 1912

Colonie	Population estimée
Sénégal	1 100 000
Haut-Sénégal et Niger et territoire militaire du Niger	7 000 000
Guinée française	2 000 000
Côte d'Ivoire	3 000 000
Dahomey	1 000 000
Mauritanie	600 000
Total AOF	13 000 000

D'après J.P Bado, chaque médecin a en principe à sa charge plus de 750 000 habitants. Le personnel médical demeure donc insuffisant, d'autant plus que les colonies n'attirent pas grand monde malgré les campagnes de recrutement des médecins en métropole. Face au manque de personnel, au manque de structures sanitaires dont la majorité sont placées là où vivent les Européens, et une assistance médicale indigène qui se heurte au refus des populations colonisées d'être soignées, l'administration se résout à créer par un arrêté du 7 janvier 1906 le corps des aides médecins indigènes. Ceux que l'on appelle les auxiliaires africains sont donc formés pour résoudre deux grandes lacunes freinant l'installation de la médecine coloniale. Tout d'abord, ils ont pour fonction d'aider les médecins de l'AMI et donc combler leur absence lorsque ceux-ci partent en campagne de vaccination par exemple, laissant le poste sanitaire inutilisable pour les Africains qui se déplacent sur de longues distances afin d'avoir accès à ces soins. Deuxièmement, ils doivent permettre à la médecine coloniale de se répandre et d'atteindre le plus grand nombre d'Africains, notamment en servant d'interprètes. Ils devaient également intervenir dans les villages et à l'intérieur des concessions en donnant des conseils en matière d'hygiène et d'assainissement et ce faisant, aider à combattre l'influence des « marabouts et des charlatans ». La médecine coloniale ne peut donc s'implanter sans une aide locale. Mais pour ce faire, elle doit former les auxiliaires africains. Or la formation

originellement prévue en deux ans est incomplète et trop rapide, aucun cours théorique sur les sciences médicales n'est dispensé. La faible connaissance du français et le peu de volonté des médecins instructeurs ne font qu'aggraver la situation. Les aides auxiliaires en ressortent insuffisamment formés et multiplient les erreurs sur le terrain, ce qui leur vaut de nombreuses critiques de la part des médecins français.

La Première Guerre mondiale finit d'entériner une médecine coloniale déjà affaiblie. La Grande Guerre entame le crédit de la médecine européenne avec les départs massifs de praticiens et de personnels administratifs. L'effectif des médecins diminue au Sénégal : 10 médecins meurent en 1914 et une épidémie de peste déclarée en 1917 à Dakar, Diourbel, Kaolack, Saint Louis et d'autres villages entraîne la fermeture des centres médicaux. Cette peste bubonique fait des ravages et sur 1233 cas recensés à Saint Louis en 1918, 1033 décès sont officiellement répertoriés⁶⁷. De plus, la suspension des envois de médicaments d'Europe aux colonies ralentit une activité sanitaire [ultra]dépendante de la métropole. La pharmacie centrale de Dakar, fortement touchée, réserve la moitié de ses stocks aux militaires, encore une fois aux dépens des civils et des Africains. Le village de ségrégation des « sommeilleux » à Sor, un quartier de Saint Louis⁶⁸, manque ainsi d'être fermé en 1917 à cause de la compression budgétaire. Et pourtant, l'épidémie de trypanosomiasse – maladie du sommeil – se propage et touche en 1920, la région de Rufisque, la section du littoral située au Sud de Dakar communément appelé la Petite-Côte, la région des Niayes (Nord-ouest du Sénégal) et la Casamance. Face à ces fléaux endémiques et au manque de personnel, l'Ecole de médecine indigène de Dakar est créée en 1918. Bien que cette école voie le jour tardivement comparé aux colonies de Pondichéry (1863), Madagascar (1896) et Indochine (1902) qui avaient déjà la leur, elle fait néanmoins de Dakar un centre de développement important de la médecine coloniale en Afrique, en formant des médecins et des pharmaciens auxiliaires ainsi que des sages-femmes, qui devaient aider les médecins de l'Assistance Médicale Indigène. Il faut cependant souligner que cette école ne forme que l'élite médicale indigène, sélectionnée par concours à l'école William Ponty⁶⁹.

⁶⁷ NGALAMULUM, Kalala, « Plague and Violence in Saint-Louis-du-Sénégal, 1917-1920 », *Cahiers d'études africaines*, éditions de l'EHESS, Paris, 2006, p. 539-565.

⁶⁸ Ce village de ségrégation destiné à recevoir les indigènes atteints de trypanosomiasse, c'est-à-dire de la maladie du sommeil est créé en 1907 par André Thiroux, alors directeur du laboratoire de bactériologie créé en 1896 à Saint Louis. L'ensemble est constitué d'une infirmerie, d'un laboratoire, et d'un logement pour le personnel infirmier ainsi que de 22 cases où logeaient les sommeilleux.

⁶⁹ Créée en 1903, cette école d'abord située à Saint Louis est déplacée à Gorée en 1913 et a pour vocation première de former des instituteurs indigènes.

B) 1924 - 1938 : La redéfinition d'une politique sanitaire dirigée vers les Africains

Au sortir de la Première Guerre mondiale, alors que la France essaye de se reconstruire et que le Parlement baigne dans un climat de conservatisme et de xénophobie, un discours concernant la régénération de la race française voit le jour. Ce même discours, cette fois-ci dirigé vers les Africains, se retrouve également à Dakar. Mais s'« il faut sauver la race noire », ce n'est pas pour les mêmes raisons qu'en métropole. Il s'agit avant tout de préserver l'avenir de la colonie.

a) « Faire du Noir ⁷⁰ » : la condition *sine qua non* de mener à bien la mise en valeur

De 1921 à 1924, des groupes comme l'Union coloniale, une « structure qui rassemble un ensemble de syndicats de maisons de commerce ayant des intérêts aux colonies et qui devient par la suite le fer de lance du Parti colonial en subventionnant des associations et en organisant des conférences⁷¹ », font pression à Paris et à Dakar auprès des autorités politiques et sanitaires, afin de les persuader du danger d'une dépopulation de l'AOF. En effet, la mortalité infantile est extrêmement élevée : 20 à 30 % de décès sont constatés avant 1 an et 45 à 60 % de décès ont lieu entre 2 et 6 ans⁷². Ajouté à cela les ravages causés par les épidémies, la France s'aperçoit que la mise en valeur des colonies ne peut se faire sans une main d'œuvre en bonne santé, main d'œuvre essentiellement constituée par les Africains. C'est ainsi qu'à partir de 1924, « faire du Noir » devient une priorité sanitaire et politique. Le ministre des colonies Edouard Daladier recommande le 30 décembre 1924 le programme de la « politique du repos ⁷³ », qui interdit le prélèvement de l'impôt⁷⁴ et le recrutement des Africains (en tant que main d'œuvre) afin de permettre une reprise démographique à travers une « médecine préventive et sociale⁷⁵ ». Le

⁷⁰ Célèbre phrase du gouverneur général Jules Cardes.

⁷¹ PAM, Adama Aly, *Colonisation et santé au Sénégal (1860-1960)*, L'Harmattan, Sénégal, 2018, p. 19. C'est notamment grâce aux subventions de l'Union coloniale que l'Ecole d'application du Pharo à Marseille voit le jour en 1907.

⁷² PLESSAC (de), Jean, « le devoir social 'Il faut faire du Noir !' ou la régénération de la race nègre », *Temps*, 27 octobre 1926, cité par BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 226.

⁷³ CAOM CFOM, carton 428, DELAFOSSE, Maurice, « La politique du repos préconisée par M. Daladier », *Dépêche coloniale*, 25 février 1925, cité par BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 226.

⁷⁴ L'impôt direct par capitation également appelé impôt direct est institué en 1861. Les Africains soumis au régime de l'Indigénat, doivent s'en acquitter.

⁷⁵ *Op. cit.*, BADO, p. 226.

gouverneur général Jules Carde, orienté par le docteur Alexandre Lasnet – directeur général et inspecteur général du service de santé colonial au Ministère des colonies – applique alors les réformes de Daladier dans les colonies de l’AOF. Cela permet la mise en place de mesures d’hygiène et de prophylaxie, soit les mesures visant à empêcher l’apparition, l’aggravation ou l’extension des maladies. L’instruction du 15 février 1926 marque alors un tournant décisif dans la conception des stratégies de politiques sanitaires : la médecine préventive et « sociale » n’est plus seulement dirigée vers les Européens et l’élite siégeant dans les villes et les ports, mais bel et bien vers l’intérieur des terres, vers les Africains.

b) La mise en place d’une médecine de masse dirigée vers les Africains

Pour « développer les races indigènes en qualité et en quantité ⁷⁶», il faut mettre en place un certain nombre de mesures sanitaires et budgétaires afin que cette médecine de masse préventive puisse être effective. En 1931 un service de prophylaxie et de trypanosomiase est créé. A l’intérieur des terres, l’Institut d’hygiène sociale voit le jour en 1933. Conçu comme le principal centre d’assistance médicale gratuite pour les « indigènes » de la circonscription de Dakar, c’est aussi un centre d’enseignement clinique pour les élèves de l’Ecole de médecine. Cet institut constitue également un poste d’observation de l’état sanitaire de la population, permettant d’évaluer l’importance des maladies afin d’entreprendre les actions prophylactiques nécessaires. A partir de 1924, chaque chef-lieu des colonies doit disposer d’un hôpital suffisamment équipé, avec un laboratoire de chimie, de bactériologie et une pharmacie. Au Sénégal, le laboratoire de microbiologie créé à Saint Louis en 1896 et transféré à Dakar en 1906 sous le nom d’Institut de biologie de l’AOF devient, en 1923, une filiale de l’Institut Pasteur et est rebaptisé Institut Pasteur de l’AOF. C’est ainsi qu’en 1934, le vaccin antiamaril contre la fièvre jaune voit le jour après 7 ans de recherches et d’expérimentations.

Mener à bien cette politique sanitaire signifie également combler le déficit de médecins. Le nombre de médecins de l’AOF augmente, passant de 92 en 1925, à 133 en 1926⁷⁷. Néanmoins, la tendance reste la même et les colonies attirent toujours aussi peu les médecins français. La fédération de l’AOF a alors recours à des médecins contractuels étrangers, principalement des Russes, qui prennent le titre d’hygiénistes adjoints et représentent en 1927 plus de 38 % du

⁷⁶ SARRAUT, Albert, *La mise en valeur des colonies*, Paris, Larose, 1923, p. 95.

⁷⁷ BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 228.

personnel médical du Sénégal, soit 48 médecins sur 186⁷⁸. Le déficit de personnel médical est également comblé par la formation à l'Ecole de Dakar des auxiliaires africains. Les 4 premières promotions de ces médecins auxiliaires sont assez importantes : 39 médecins en 1925, 49 en 1926. Pour les pharmaciens auxiliaires, leur nombre passe de 8 en 1925 à 10 en 1926. Enfin, les sages-femmes sont les plus nombreuses : de 63 en 1925, il y en a 81 en 1926⁷⁹. Ceci est révélateur de la nouvelle politique sanitaire qui, jusqu'alors focalisée sur les maladies endémiques, prend progressivement en charge la mère et l'enfant, en créant notamment des services de puériculture et des dispensaires. Il faut rappeler qu'à cette époque, les avortements pathologiques sont courants et que la mortalité maternelle et infantile est extrêmement élevée⁸⁰.

Enfin, toutes ces mesures ne pourraient se réaliser sans l'augmentation des budgets prévus à cet effet. En AOF, les budgets sanitaires passent de 10 310 930 francs en 1925 à 18 605 195 francs en 1926 puis 25 731 292 francs en 1927. De plus, chaque colonie est invitée à consacrer 7 à 12 % de son budget à la santé. Au Sénégal entre 1929-1930, à côté du budget de la Santé, est créé un autre budget annexe d'hygiène et d'assistance médicale indigène qui doit servir à mieux assurer la prophylaxie des maladies pestilentiellles. En 1931 ce budget d'hygiène et d'Assistance médicale indigène (BHAMI) est arrêté à la somme de 9 300 000 francs. Néanmoins, malgré les efforts effectués, les problèmes financiers sont toujours de mise et le BHAMI- qui est rattaché au budget local de la colonie – est revu à la baisse. De 133 58 530 francs en 1929-1930, il passe à 82 159 075 francs en 1935. Parallèlement, tous les crédits affectés aux programmes des fonds d'emprunt consacrés à la lutte contre la fièvre jaune subissent le même sort. Sur les 3 250 000 francs affectés en 1932 à cet effet – prophylaxie antiamarile, construction de chambres moustiquaires démontables pour isoler les malades - dans la circonscription urbaine de Dakar, seuls 1 500 000 sont consacrés à la lutte contre la maladie au Sénégal⁸¹.

Par ailleurs, si nous avons insisté sur la mise en place des mesures prophylactiques qui se font moins par philanthropie que par nécessité, il faut également rappeler que la médecine coloniale – comme le montre le nouveau courant historiographique initié par les anglo-saxons

⁷⁸ ANS, 2 G 27/21 : « Rapport annuel du service de santé, partie administrative, 1927, cité par PAM, Adama Aly, *Colonisation et santé au Sénégal* (1860-1960), L'Harmattan, Sénégal, 2018, p. 154.

⁷⁹ CAOM 14 Mi 1724. Fonds ancien AOF, série G 2G29/21 AOF, Inspection générale des Services sanitaires et médicaux, 1929, 143 feuillets, cité par BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 228.

⁸⁰ A ce propos, voir NDAO, Mor, « Colonisation et politique de santé maternelle et infantile au Sénégal (1905-1960) », *French Colonial History*, Vol. 9, Michigan State University Press, 2008, p. 191-211.

Tout ce qui concerne les chiffres budgétaires du Sénégal est extrait de PAM, Adama Aly, *Colonisation et santé au Sénégal* (1860-1960), L'Harmattan, Sénégal, 2018, p. 164-165.

⁸¹ Pour avoir un aperçu global du nombre de formations sanitaire au Sénégal en 1930, se reporter à l'annexe 2.

dans les années 1980, et repris par les Européens depuis 1990 – n’est pas seulement un instrument d’occupation, mais c’est également et surtout un instrument de colonisation et de politique coloniale, un « outil de l’impérialisme » comme l’appelle D. Headrick⁸². Outil de domination coloniale qui laisse des traces dans le paysage urbain où, dans de nombreuses villes coloniales, était pratiquée la ségrégation résidentielle des indigènes. On peut ainsi citer le Quartier de Randoulène – qui signifie en Wolof mise à l’écart – de Thiès et la peste de 1914 qui induit la création de Médina, un village de ségrégation à Dakar. Enfin, il faut également préciser que si la médecine coloniale fait appel à des médecins auxiliaires dans le cadre de l’Assistance Médicale Indigène, permettant de faciliter l’implantation des mesures sanitaires auprès des Africains, c’est aussi pour supplanter la médecine traditionnelle, considérée par les Européens comme du charlatanisme. En 1887, un décret appliqué en AOF interdit l’exercice de la médecine, sous peine de sanction, à toute personne non diplômée d’une faculté de médecine française. Pour J.P Bado, il s’agit pour les Européens de « marginaliser les pratiques sanitaires ancestrales » mais cela témoigne surtout d’une médecine coloniale persuadée de sa supériorité et qui n’hésite pas à employer la manière forte afin d’arriver ses fins. Lors de l’épidémie de peste qui ravage Saint Louis en 1917-1920, les autorités sanitaires n’hésitent pas à incendier les quartiers contaminés en 1918 où les Africains majoritairement pauvres qui y résident, refusent d’appliquer les mesures d’hygiène préconisées par le service de santé, contraires à leurs pratiques religieuses et culturelles. Délogés de force et placés en quarantaine, ces Africains restent sans domiciles fixes jusqu’à ce que l’administration décide de reconstruire les quartiers incendiés⁸³.

Afin de comprendre la place de la psychiatrie au Sénégal, il semblait nécessaire de placer le contexte politique particulier des Quatre Communes, ainsi que les politiques sanitaires mises en œuvre durant la période nous concernant. Dans la seconde partie, nous essaierons à travers le corpus de sources étudiées, de déterminer pourquoi la psychiatrie semble être la grande absente d’une médecine coloniale qui est, comme nous l’avons vu, essentiellement focalisée sur des questions d’ordre sanitaire, revêtant un caractère urgent pour la survie humaine, économique et financière de l’Empire français au Sénégal.

⁸² HEADRICK, Daniel, *Tools of Empire, Technology and European imperialism in Nineteenth century*, Oxford University Press, New York, 1981.

⁸³ NGALAMULUM, Kalala, « Plague and Violence in Saint-Louis-du-Sénégal, 1917-1920 », *Cahiers d’études africaines*, éditions de l’EHESS, Paris, 2006, p. 539-565.

PARTIE 2

**La psychiatrie, grande absente de la médecine coloniale ?
Historisation de la difficile prise en charge des aliénés au
Sénégal (1897-1938)**

I- « Tout est à faire puisqu'à peu près rien n'a été fait ⁸⁴» (1897-1918)

Cette phrase, écrite par le docteur Morin en 1910, semble résumer l'absence de prise en charge des aliénés au Sénégal. « Tout est à faire puisqu'à peu près rien n'a été fait », c'est ce que répond ce médecin aide-major de 2nde classe des troupes coloniales à la dernière question posée par l'administration du service de santé (ASS) de l'AOF en 1910 : quelles sont les « desiderata à formuler pour arriver à une organisation plus rationnelle de ce service au point de vue du personnel médical et infirmier, du transport des Européens, de l'hospitalisation sur place des indigènes ; à Marseille, on ne les comprend pas, on ne les traite pas, ils meurent généralement de « TUBERCULOSE ⁸⁵ ». Dans son *Rapport sur les aliénés dans la colonie du Sénégal*, qui est donc une réponse à un questionnaire envoyé par l'ASS⁸⁶, Morin soulève des problèmes que nous retrouverons tout au long de cette étude. Néanmoins, peut-on réellement affirmer que « tout est à faire puisqu'à peu près rien n'a été fait », et ce tout au long de la période que nous étudions ? En prenant pour support ce *Rapport sur les aliénés dans la colonie du Sénégal*, nous pouvons déterminer quels sont localement les problèmes engendrés par l'absence de législation concernant les aliénés, et quelles en sont (ou non) les évolutions.

A) Le rapport de Morin : un état des lieux alarmants de la situation des aliénés au Sénégal en 1910

Morin ouvre son rapport sur la constatation suivante : « aucune disposition de la loi de 1838 n'a été promulguée au Sénégal. Aucun arrêté, aucun décret n'est relatif à cette loi ; et depuis cette époque, rien n'a été promulgué à ce sujet ». L'affirmation qui s'en suit va de pair avec l'absence de législation : « il n'existe aucun établissement ou locaux spéciaux pour aliénés européens et indigènes ». Néanmoins, cette affirmation est à nuancer car les hôpitaux réservent des chambres afin d'accueillir les aliénés, même si celles-ci sont rares et vétustes. Ainsi Morin dénombre-t-il qu'à l'hôpital colonial de Dakar, sur un pavillon de 5 chambres, prévues pour les

⁸⁴ MORIN, Dr, *Rapport sur les aliénés du Sénégal*, 18 décembre 1910, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

⁸⁵ Mot en majuscule et souligné dans le texte original.

⁸⁶ Composé de huit questions, ce questionnaire a pour but de dresser un état des lieux de la prise en charge des aliénés au Sénégal. Se reporter à l'annexe n° 3.

On peut d'ailleurs supposer qu'il s'agit d'un questionnaire formulé par le professeur Emmanuel Régis. Dans la préface sur « L'assistance des aliénés aux colonies » présentée au XXII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de langue française à Tunis en 1912, ce dernier fait mention des nombreux questionnaires qu'il a envoyés aux colonies et sur lesquels il s'est basé pour écrire le rapport sur « l'Assistance des aliénés aux colonies ».

aliénés, seule une chambre est utilisable. Il en est de même pour l'hôpital de Gorée. A l'hôpital militaire de Saint Louis, les cabanons pour aliénés sont ceux prévus pour les détenus. Il en existe 3, « situés dans une cour desservant entre autres la morgue et les écuries ». A l'hôpital civil de Saint Louis où sont évacués tous les Indigènes du Sénégal, en attendant leur transfert vers l'asile central de Marseille, il y a 6 « cellules [...] placées au fond de l'hôpital près des communs », mesurant 2x2m de longueur sur 2,5 m de hauteur. La plupart de ces cellules sont dépourvues de lits et lorsqu'un malade est « très excité », tout le mobilier de la chambre est enlevé et il dort « sur le carreau, roulé dans sa couverture ». Ainsi, les pavillons pour aliénés sont insuffisants comparés à la demande, comme en témoignent les tableaux suivant, réalisés à partir des indications de Morin.

Nombre d'aliénés européens à l'Hôpital militaire de Dakar

Année	Nombre d'aliénés européens	Journées d'hospitalisation des aliénés	Total des malades européens	Total des journées de d'hospitalisation
1903	12	173	1 183	22 871
1904	15	244	1 483	27 162
1905	32	632	1 256	19 499
1906	23	496	1 475	22 837
1907	26	670	1 311	21 919
1908	34	512	1551	21 553
1909	16	221	1595	22 898
Moyenne annuelle	22,6	421,1	1407,7	22 677

Nombre d'aliénés Sénégalais à l'Hôpital militaire de Dakar

Année	Nombre d'aliénés sénégalais	Journées d'hospitalisation	Total des malades sénégalais	Total des journées de d'hospitalisation
1903	x	x	x	x
1904	4	86	422	9 601
1905	3	127	398	7 830
1906	4	63	525	13 580
1907	3	76	x	x
1908	6	176	1 070	17 501
1909	5	224	986	1828

x = non renseigné

Si l'on compare ces deux tableaux, et que l'on additionne le nombre de malades mentaux européens et indigènes, on constate qu'ils ne représentent que 2,32 % des patients de l'Hôpital

militaire de Dakar. A l'Hôpital de Gorée, on compte environ 4,3 % d'aliénés indigènes par an et à l'Hôpital civil de Saint Louis, où sont donc centralisés ces aliénés en vue de leur départ sur un asile métropolitain, on compte 18,8 % d'aliénés sénégalais par an, sur une moyenne d'environ 400 malades indigènes traités. Bien que ces chiffres témoignent du caractère minime que représentent les aliénés comparés au nombre global de malades hospitalisés dans ces hôpitaux, les locaux restent insuffisants quant à la demande. Ne serait-ce qu'à l'hôpital militaire de Dakar, où il y a environ 22,6 aliénés européens par an, il faut rappeler que seule une chambre était prévue à cet effet. Or une chambre ne peut contenir plus d'un aliéné et de nombreux malades mentaux, à défaut d'être soignés, sont donc relâchés afin de laisser place à des malades jugés plus dangereux.

Il faut également préciser que ces cabanons ou chambres censés accueillir les aliénés, servent aussi de cellules aux détenus. Aliénés et détenus sont mélangés, ce qui fait écho au manque de législation aux colonies concernant les aliénés, basée sur l'ordonnance organique de 1840. Morin insiste et critique le manque de législation appropriée : « Il est facile de voir combien est précaire la situation des aliénés dans ces diverses formations sanitaires et combien peu elles diffèrent des détenus ». La différenciation entre criminalité et aliénation n'étant pas définie, prisonniers et malades, en tant qu'individus considérés comme dangereux pour l'ordre public, sont souvent détenus ensembles. Détention commune qui n'a pour conséquence que l'aggravation de l'état mental des aliénés. Comme le souligne Morin :

Il faudrait et cela le plus rapidement possible, qu'une distinction soit faite une fois pour toute entre les aliénés et les détenus. L'effet moral produit par cette promiscuité est désastreuse et le remède en est relativement facile.

Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que Morin partage le même point de vue que ses collègues métropolitains, qui au moment du « boom asilaire ⁸⁷ » en France, impulsée par la loi de 1838, critiquent les asiles qui cherchent à agglutiner - pour mieux les surveiller - les patients. Pour ces derniers, il est indéniable que « côtoyer la folie appelle la folie ⁸⁸ ».

Morin dresse donc un état lieu dénonçant le manque de législation concernant les aliénés aux colonies, ainsi que le manque de structures adaptées à ces malades. Mais comment expliquer ce manque ? Est-ce par manque de moyens budgétaires ? Pour Morin, « l'excuse en

⁸⁷ QUETEL, Claude, *Histoire de la folie, De l'Antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2015, p. 295.

⁸⁸ *Op. cit.*, QUETEL, p. 296.

est que l'organisation rationnelle d'hôpitaux généraux, fort bien réussie d'ailleurs, a absorbé jusqu'ici tous les soins et tous les crédits ». En effet, en 1910, les hôpitaux sont constitués de deux services principaux : le service des fiévreux et des contagieux, et le service des blessés. La médecine coloniale, essentiellement consacrée à des questions d'ordre sanitaire, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, absorbe alors tous les budgets.

La préoccupation hygiéniste, qui paraît diriger toutes les politiques sanitaires coloniales, semble d'ailleurs être présente dans le questionnaire envoyé par la Direction du Service de santé (DSS). On peut en effet constater ou du moins supposer que si la DSS fait cette demande de rapport, c'est certes pour avoir un aperçu global de la situation des aliénés au Sénégal, mais aussi et surtout parce qu'il y a « urgence » en métropole. Comme en témoigne la dernière question posée à Morin, à Marseille, les aliénés indigènes sont incompris. Les traitements fournis sont inadaptés voire inexistants car « on ne les traite pas » et ils « meurent généralement de TUBERCULOSE ». En effet, on pourrait citer le nombre de décès à l'Asile Saint Pierre entre 1897 et 1911 : sur 128 Sénégalais entrés à l'asile, 94 décès sont enregistrés dont 64 dus à la tuberculose⁸⁹. Ainsi est-il intéressant de constater qu'il s'agit pour le service de santé de l'AOF d'une préoccupation « hygiéniste » qui est plus d'ordre sanitaire que psychiatrique. Reflet d'une médecine coloniale dont la fonction première est de soigner les indigènes afin que ceux-ci soient aptes et efficaces à mettre en valeur les colonies.

La psychiatrie semble donc être la grande absente des préoccupations coloniales. Mais peut-on réellement affirmer ceci ? N'y a-t-il pas, comme en témoigne ce rapport, des préoccupations réelles quant aux aliénés et des propositions concrètes émises à ce sujet ? Si l'Administration des Services sanitaires, bien qu'ayant des préoccupations hygiénistes, semble s'intéresser à la situation des aliénés, Morin, à travers ce rapport, témoigne également indirectement de plusieurs Conseils généraux qui ont déjà mis la question des aliénés à l'étude voire à l'ordre du jour. Ainsi cite-t-il dans cet extrait, le compte rendu du Conseil général du service de santé et d'assistance publique qui, dès décembre 1909, a demandé : « la création par le gouvernement général d'un asile central d'aliénés à Dakar ou aux environs, avec contributions aux dépenses, pour les colonies de l'Afrique Occidentale Française. ». Ainsi la question des aliénés n'est pas nouvelle et au sein de ce rapport, Morin énumère également deux autres Conseils généraux qui ont évoqué le sort des aliénés au Sénégal. On apprend ainsi que lors de la séance du conseil général de l'hôpital de Saint Louis datant du 25 décembre 1896,

⁸⁹ BORREIL, Paul, *Considérations sur l'internement des aliénés sénégalais en France*, Thèse de médecine, Imprimerie de G. Firmin, Montane et Sicardi, Montpellier, 1908. Ouvrage disponible en ligne sur Gallica.

« Mr Aumont rend justice aux médecins de l'hospice civil qui ont toujours protesté avec énergie contre un semblable traitement infligé aux aliénés ». Ou encore que lors de la séance du 8 avril 1905 :

La commission coloniale renouvelle ses observations de l'année dernière, tendant à l'amélioration du logement des fous ou mieux leur installation dans un local spécial en dehors de l'hôpital. Dans le cas où cette dernière ne pourrait être donnée pour des raisons budgétaires, elle exprime le vœu que de promptes améliorations soient apportées au logement actuel des aliénés, dans le sens de ses observations de l'année dernière, c'est-à-dire : la construction d'une marquise sur la façade du pavillon afin d'abriter les cabanons du soleil qui frappe directement sur eux pendant toute l'après-midi, capitonnage des dits cabanons et fourniture de literie convenable.

On peut donc dire que le texte de Morin s'inscrit dans une continuité de rapports dénonçant un manque de moyens qui empêche toute prise en charge d'être effective. Prise en charge qui est néanmoins pensée, comme en témoignent les demandes de construction de pavillons spéciaux ou encore d'asile pour y remédier. Ce qui transparaît à travers ces témoignages, c'est surtout le manque de réalisation. Cela pose donc la question suivante : parmi les propositions émises, lesquelles se sont réalisées, lesquelles ont avorté et pour quelles raisons ? La principale demande émise par le conseil général de 1909 et par le rapport de Morin, est celle de « l'établissement [à] Dakar, ou autre part, d'un asile d'aliénés pour le groupe de l'A.O.F, chaque colonie participant pour sa part à l'entretien de cet asile. ». Comme le rappelle l'auteur, « ce n'est qu'un vœu et la question n'a guère été agitée depuis ». D'ailleurs, si cet asile n'a jamais vu le jour, c'est donc, comme le précise Morin, pour des raisons budgétaires. Comme l'indique « certains conseillers consultés pour cette question [...] cet asile, muni de médecins spécialistes, d'infirmiers spéciaux, etc... coûterait cher. ». En effet, la création d'un asile coûterait plus cher que la demande que Morin s'apprête à faire et qui rejoint celle du Conseil de 1905, souhaitant que « dans chaque formation sanitaire, il y ait un quartier, un pavillon spécial isolé où, le cas échéant, seraient mis les aliénés. ». Si Morin insiste à ce propos, c'est d'une part aux vues de l'urgence de la situation mais également pour essayer de convaincre le gouvernement général de construire ce « pavillon spécial pour aliénés [qui] est prévu d'ailleurs pour l'hôpital de Dakar mais, les crédits n'étant pas suffisants, la construction de ce pavillon est remise à plus tard ». Encore une fois, les demandes sont ajournées.

Si Morin reprend des problématiques déjà existantes quant à la construction d'un asile ou d'un pavillon spécial, il s'en démarque également en évoquant deux problèmes qui n'ont

jusqu'alors pas été soulevés, comme la question des mauvais traitements infligés aux aliénés. En effet, Morin émet le souhait que des infirmiers soient « spécialement affectés à ce pavillon [pour aliénés] » et que ces derniers reçoivent « quelques cours, faits par des médecins traitants [...] pour leur apprendre à soigner convenablement un aliéné ». Cela afin d'éviter « les scènes pénibles d'infirmiers, pleins de bon vouloir mais ignorants, excitant leurs malades au lieu de les calmer. » Morin témoigne donc indirectement des mauvais traitements infligés aux aliénés par un personnel non spécialisé et qu'il faudrait former. Cette question de la spécialisation du personnel sera par ailleurs évoquée postérieurement dans de nombreux rapports.

Enfin, Morin dresse également un état des lieux de la transportation des aliénés vers la France. Si le nombre de pavillons pour aliénés semble insuffisant, c'est également parce que ceux-ci ont pour fonction officielle de garder les aliénés en vue de leur départ vers la métropole. Or en 1910, année où écrit Morin, le transport des aliénés semble inadapté. Les bateaux ne sont pas aménagés pour transporter ces malades et leur nombre est bien trop réduit. Morin écrit que « les bateaux, du moins ceux se rendant à Marseille, devraient tous posséder un, ou plusieurs cabanons ou cabines facilement modifiables, ce qui existe déjà dans les paquebots des Chargeurs-Réunis, type **EUROPE et AFRIQUE**⁹⁰ ». En effet, il n'existe alors que trois bateaux aménagés, c'est-à-dire possédant une cellule capitonnée, pour accueillir les aliénés : le *Chodoc* et les paquebots Europe et Afrique. Or le *Chodoc* est généralement amarré et donc ineffectif et les bateaux Europe et Afrique, desservant Bordeaux et non Marseille, sont de ce fait très peu utilisés à cet effet. De plus, aucune clause n'existe entre ces compagnies et l'administration. Le transport des aliénés se fait donc par entente entre ces deux organismes mais surtout sur place entre les médecins et le capitaine qui refuse la plupart du temps d'accepter à son bord des aliénés, d'autant plus s'ils sont mêlés à des détenus. Enfin, Morin précise qu'il n'existe qu'une compagnie transportant les aliénés sénégalais : la Compagnie des Transports Maritimes. Or les bateaux de celle-ci ne sont aucunement aménagés pour les recevoir. Enfin, s'il existe une clause entre cette compagnie et l'administration, celle-ci stipule que le transport se fait également par entente. Entente qui sous-entend que l'administration ne fait pas autorité et que la compagnie est donc en droit de refuser, nous laissant supposer que très peu d'aliénés sénégalais sont acceptés à bord. On comprend mieux pourquoi les formations sanitaires sont surpeuplées. Surpopulation que Morin dénonce et condamne. Il faudrait, écrit-il, que les aliénés soient « envoyés plus souvent en France, après un séjour assez court dans les formations

⁹⁰ Mots en gras, majuscules et soulignés dans le texte original.

sanitaires », et que ces « convois se fassent fréquemment sur des bateaux rapides appropriés à ce transport ».

Ce rapport dénonce donc plusieurs aspects que l'on retrouve de manière consécutive dans toutes les sources postérieures : le manque de législation concernant les aliénés aux colonies, leur incarcération avec les criminels, le manque de structures adaptées aux aliénés (induit par le manque de moyens budgétaires) et le problème causé par le transport des aliénés en métropole.

Enfin, en citant plusieurs comptes rendus de Conseil généraux antérieurs à 1910, Morin rend compte d'un réel intérêt porté aux aliénés. Intérêt paradoxal, car dans un contexte de véritable effort sanitaire, si la question des malades mentaux n'évolue pas de manière décisive, elle semble néanmoins préoccuper les milieux décisionnels locaux. Le traitement de ces malades n'est donc pas l'unique préoccupation d'une poignée de médecins s'indignant des traitements inhumains infligés aux aliénés.

B) Le temps des critiques

a) Le rapport sur « l'Assistance des aliénés aux colonies »⁹¹, une impulsion donnée à la psychiatrie coloniale

Si jusqu'alors le sort réservé aux aliénés semble être l'apanage de quelques milieux décisionnels locaux comme le Conseil général et le fait de quelques médecins isolés, directement confrontés à la réalité de la situation, un véritable tournant s'opère en 1912. Lors du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui se tient à Tunis du 1^{er} au 7 avril 1912, un rapport sur « L'assistance des aliénés aux colonies » est présenté par le professeur Emmanuel Régis et le médecin Henri Reboul⁹².

Ce problème de l'Assistance des aliénés aux colonies est en réalité soulevé dans les congrès des aliénistes et neurologistes français dès 1908. Car « à la suite de pénibles incidents qui avaient ému l'opinion publique, des critiques et des protestations ont fini par s'élever, surtout d'Algérie et de Tunisie »⁹³. Comme pour le Sénégal, ces protestations qui émeuvent l'opinion publique

⁹¹ REBOUL, Henri et REGIS, Emmanuel, « L'assistance des aliénés aux colonies », *Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXIIe session, Tunis*, Mason & Cie, Paris, 1912.

⁹² Emanuel Régis est professeur de psychiatrie à l'Ecole navale de Bordeaux. Henri Reboul est quant à lui le médecin principal des troupes coloniales.

⁹³ [Anonyme], « Compte rendu de l'assistance des aliénés aux colonies tenu au Congrès de Tunis », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n°15, Doin, Paris, 1912, p. 644-647.

ne sont autres que la maltraitance des aliénés, enfermés dans des conditions déplorables, privés d'air et enchaînés à longueur de journée. En France, où la naissance de la psychiatrie est attribuée à Philippe Pinel, « l'homme d'un geste ⁹⁴ » qui libéra les aliénés de leurs chaînes au XVIII^{ème} siècle, il va sans dire qu'assister à tant de barbarie dans les colonies ne peut qu'émouvoir l'opinion publique. Opinion partagée par les médecins coloniaux qui sont encore emplis des idéaux humanitaires du Siècle des Lumières et voient dans les colonies une aubaine pour reproduire ce que Pinel a réalisé en France un siècle plus tôt. Le rapport de Reboul et Régis vient donc ériger cette question des aliénés en la plaçant officiellement sur le devant de la scène coloniale. Comme le souligne Franck Cazanove, « grâce à M. le professeur Régis, le congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, dans sa session de Tunis, vient de donner à la psychiatrie coloniale une consécration officielle⁹⁵ ». Dans ce rapport, Régis et Reboul établissent un état des lieux global de la situation des aliénés dans toutes les colonies françaises. En 1912, seules les vieilles possessions françaises de Madagascar, la Réunion et la Guadeloupe possèdent un asile. Ce constat est d'autant plus alarmant que les deux médecins soulignent le retard de la France par rapport à ses rivales : les puissances impériales anglaise et hollandaise qui ont développé de façon pragmatique une assistance aux aliénés. Aux Indes néerlandaises, il existe à Java 3 asiles dotés de médecins hollandais assistés de docteurs javanais⁹⁶. L'Empire britannique compte quant à lui 74 asiles⁹⁷. Pour combler ce retard français, Reboul et Régis préconisent la mise en place d'un dispositif d'assistance dans les colonies qui se divise en 6 points :

- 1) Formation de psychiatres coloniaux ;
- 2) Etablissement aux colonies d'une législation sur les aliénés ;
- 3) Création et organisation d'établissements spéciaux pour les aliénés ;
- 4) Assistance des aliénés des troupes coloniales ;
- 5) Lutte préventive contre les psychoses tropicales ;
- 6) Campagne contre l'alcoolisme et l'opiomane.

⁹⁴ QUETEL, Claude, *Histoire de la folie, De l'Antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2012, p. 247.

⁹⁵ CAZANOVE, Franck, « Compte rendu du congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Tunis du 1^{er} au 7 avril 1912 », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n°15, Doin, Paris, 1912, p. 624.

⁹⁶ L'asile de Surabaya créé en 1876, celui de Buitenzorg1 ouvert en 1881, et l'asile Lawan créé en 1902.

⁹⁷ L'Empire britannique, possède 6 asiles en Afrique Sud, 9 en Amérique du Sud, 11 au Canada, 21 aux Indes, 1 à Malte et 26 en Australie.

À la suite de ce Congrès, le Ministère des Colonies a accordé au professeur Régis une subvention destinée à aider l'impression dudit rapport et sa diffusion dans les colonies intéressées, afin que tout le monde puisse le lire. De plus, répondant au vœu émis par le Congrès, le Ministre des Colonies Albert Lebrun demande aux gouverneurs généraux et aux gouverneurs des colonies de mettre à l'étude la question de l'assistance aux aliénés européens et indigènes dans leurs gouvernements respectifs. Ainsi, le médecin Cazanove affirme que « la psychiatrie coloniale possède, grâce au maître de Bordeaux, un vaste programme à réaliser », et « qu'il est nécessaire que les efforts de notre maître de Bordeaux ne restent pas stériles »⁹⁸.

b) De la nécessité de supprimer le transport des aliénés sénégalais dans les asiles métropolitains

Le rapport de Régis et Reboul, ou ce qui constitue pour René Collignon la « charte de la psychiatrie aux colonies⁹⁹ », inspire fortement les écrits de médecins coloniaux qui s'opposent notamment au transport des aliénés sénégalais en France. L'idée de ce transfert des aliénés sénégalais sur un asile métropolitain est née au Sénégal lors d'une séance du Conseil Général du 25 décembre 1896. Monsieur Aumont, le Directeur de l'Intérieur est l'un des rapporteurs et fait une description de la vie des aliénés à l'hospice de Saint-Louis :

*Ils sont enfermés seul à seul dans des cellules étroites qui peuvent être comparées à des lieux d'aisance sans air. J'ai vu un indigène haletant, s'accrocher des mains aux parois de la muraille, grimper comme un singe pour aller respirer à travers les étroits barreaux de sa prison, un peu de l'air du dehors.*¹⁰⁰

C'est donc avant tout pour répondre à une urgence qu'est émise l'idée de transférer les aliénés sur la métropole afin qu'ils puissent y être soignés. Suite à cette séance du Conseil général, des pourparlers sont entamés avec l'asile de Marseille, qui aboutissent le 5 mai 1897 à un contrat signé entre l'asile Saint Pierre de Marseille et l'Administration. Ce contrat qui est originellement conçu pour une durée de 9 ans se perpétue jusqu'en 1918. Ainsi, comme l'indique R. Collignon, « du premier convoi d'insensés constitué au terme de cette convention jusqu'à la veille de la 1^{re} GM, 144 infortunés en provenance du Sénégal dont 41 femmes, vont

⁹⁸ CAZANOVE, Franck, « Compte rendu du congrès des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Tunis du 1^{er} au 7 avril 1912 », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n°15, Doin, Paris, 1912, p. 624.

⁹⁹ COLLIGNON, René, « Folie et ordre colonial », *A.O.F, Réalités et héritages, sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, tome 2, Direction des Archives du Sénégal, Sénégal, p. 1153.

¹⁰⁰ Propos rapportés par le docteur Morin dans son *Rapport sur les aliénés dans la colonie du Sénégal*, 1910.

subir cette déportation forcée loin de leurs foyers africains ¹⁰¹». Mais très vite, des critiques sont émises quant à cette transportation. Dans son *Rapport sur la création d'un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française* écrit en 1938, le docteur Cheneveau témoigne des limites engendrées par une telle pratique. Le premier obstacle est celui de l'incompréhension des médecins et des Sénégalais entre eux. Face à des différences culturelles infranchissables pour des médecins métropolitains n'ayant jamais mis les pieds en Afrique et ne connaissant rien des coutumes ou de la langue des leurs patients africains, il en résulte une impossibilité de les soigner. La thèse de médecine de Paul Borreil, *Considérations sur l'internement des aliénés sénégalais en France*, écrite en 1908¹⁰² nous renseigne à ce propos. Cet ancien interne de l'asile de Marseille explique qu'il est impossible de communiquer avec un aliéné sénégalais car personne ne parle la langue du malade :

*La thérapeutique psychique est impuissante vis-à-vis d'un malade avec lequel le Médecin ne peut pas communiquer ; les noirs eux-mêmes appartenant à des races différentes ne se comprennent pas entre eux, à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'aliénés. L'interprétation elle-même des actes ou des gestes de ces aliénés peut amener de regrettables erreurs dans un milieu si étrange par ailleurs. Ils ont par exemple horreur de certaines médications et se débattent pour s'y soustraire. Ne pourrait-il pas advenir que cette résistance n'ait rien de délirant ?*¹⁰³

Voilà qui pose la question suivante : comment soigner un patient dont on ne connaît ni la langue, ni la culture ? Cela paraît tout bonnement impossible, et peut également conduire à de « regrettables erreurs » comme le souligne cet interne. En effet, il n'était pas rare d'interner des patients sénégalais qui n'étaient pas aliénés. De plus, à l'impossibilité de trouver des traitements adaptés se greffe un taux de mortalité démesuré. Parmi les 126 aliénés envoyés à l'asile Saint-Pierre de Marseille entre 1897 à 1911, il en meurt 94 soit 74 % dont 64 de tuberculose soit 53%. Parmi les 35 femmes « transférées », 29 sont mortes et sur les 91 hommes admis, on compte 65 décès. Aucune femme n'est guérie et pour les hommes, on relève 13 sorties : 8 guéris et 5 améliorés¹⁰⁴.

Un autre argument, moins humanitaire et plus matérialiste, rentre également en compte : celui du budget. A quoi sert de transporter des aliénés sénégalais en métropole, quand bien

¹⁰¹ COLLIGNON, René, « Le traitement de la question de la folie au Sénégal à l'époque coloniale », BERNAULT F. (dir.), *Enfermement, prison et châtement en Afrique. Du 19e siècle à nos jours.*, Karthala, Paris, 1999, p. 234.

¹⁰² BORREIL, Paul, *Considérations sur l'internement des aliénés sénégalais en France*, Thèse de médecine, Imprimerie de G. Firmin, Montane et Sicardi, Montpellier, 1908.

¹⁰³ Cité par CHENEVEAU, DR, *Rapport sur la création d'un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française*, 1938, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1371, ANOM.

¹⁰⁴ Chiffres cités par Franck Cazanove dans CAZANOVE, Franck, *Note sur l'Assistance des aliénés en A.O.F*, 1912, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

même ceux-ci n'y guérissent pas et coûtent de l'argent ? L'argument économique est le suivant : les frais de transports sont bien plus élevés que ceux qui sont estimés par le chef du service de santé.

Dépenses prévues et dépenses réelles : 1906-1909¹⁰⁵

Année	Budget prévu (en francs)	Dépenses réelles
1906	14 000	19 077
1907	24 000	21 230,55
1908	24 000	18 360
1909	24 000	21 596,95

Originellement prévu à 3000 francs, le budget est augmenté en 1899 de 11 000 francs, puis de 10 000 francs en 1907. Si l'on se constate qu'à partir de 1907 les dépenses effectuées sont en deçà du budget prévu à cet effet, il faut néanmoins préciser qu'il ne s'agit que des dépenses des couts de transports et des jours de traitements à l'asile de Marseille. Or comme l'indique Morin, ces chiffres sont loin de représenter le cout réel du transport des aliénés¹⁰⁶ :

Mais ce sont là seulement les sommes versées par la colonie à l'asile d'aliénés de Marseille, pour moins, entretien, frais de sépulture des aliénés du Sénégal. Il faudrait encore ajouter ici les frais d'entretien à l'hôpital de Saint Louis, les frais de trousseau qu'ils doivent posséder à leur arrivée à Marseille, les prix de passage des malades et leurs convoyeurs en chemin de fer et en bateau. Cette dernière somme est difficile à calculer car elle est calculée à la somme nécessaire à l'évacuation des détenus partant pour France et de leurs gardiens, les convois d'aliénés et de détenus étant toujours mixtes.

Enfin, le dernier argument avancé pour cesser ces évacuations est celui déjà évoqué par Morin. Il s'agit des démêlés entre les compagnies de navigation et l'Administration, entre les autorités des ports d'embarquements et les capitaines de navires, qui refusent de prendre à leur bord les aliénés. Déjà dénoncés par Morin, ces différends impactant le transport des malades reste d'actualité, le dernier conflit de ce genre s'étant produit en 1937, comme le rapporte Cheneveau.

¹⁰⁵ Tableau réalisé à partir des indications fournies par Morin dans son *Rapport sur les aliénés dans la colonie du Sénégal*, 1910.

¹⁰⁶ MORIN, Dr, *Rapport sur les aliénés du Sénégal*, 18 décembre 1910, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

c) Promulguer les parties essentielles de la loi de 1838 au Sénégal

Aux colonies, la loi de 1838 d'assistance aux aliénés est inexistante. Les malades mentaux sont donc soumis à l'ordonnance organique émise par Louis Philippe en 1840, qui donne le droit à la colonie d'expulser tout individu jugé dangereux pour l'ordre public. Or, comme le souligne le médecin Franck Cazanove, « c'est là une mesure de police et non d'assistance¹⁰⁷ ». Au même moment en métropole, un projet de révision de la loi de 1838, rédigé par Fernand Dubief, est accepté par l'Assemblée Nationale et attend d'être examiné par le Sénat. L'idée principale est que cette loi de 1838 est singulièrement inadaptée en 1909. « Mieux avertie, la science aliéniste ne peut plus s'accommoder de ces dispositions législatives où la police a plus de parts que l'assistance et qui ont plutôt pour objet d'assurer l'ordre public que de satisfaire aux exigences de la conscience sociale¹⁰⁸. » Il semble donc que l'imaginaire de Cazanove est pétri de ces critiques lorsqu'il affirme :

On se préoccupe actuellement, beaucoup plus de donner au public les garanties contre les menaces des aliénés (le plus souvent chimériques) que d'assurer à ses malades les conditions humaines d'assistance. On ne se résout à secourir les psychopathes que lorsqu'ils peuvent être une source de danger ou de scandale pour la société. On les traite comme les criminels. On ne les séquestre que quand ils deviennent redoutables. Ainsi l'asile se rapproche de la prison.

Voilà pourquoi, « le pavillon de délirants de l'hôpital colonial de Dakar devrait tout simplement contenir des chambres isolées d'alitement et non pas des cabanons qui indiquent toujours la contention par force. ». Pour Cazanove il s'agit donc avant tout d'aider les malades qui se trouvent dans l'impossibilité physique de pourvoir aux nécessités de l'existence. Cela passe également par le devoir de protéger l'aliéné contre certaines violences perpétrées par son propre entourage, lorsqu'il est perçu comme dangereux. En effet, dans de nombreuses études s'intéressant à la conception africaine de la folie¹⁰⁹, on rapporte que l'aliéné est un individu possédé par un esprit. S'il est calme et doux, il est assisté par sa famille et participe aux travaux domestiques. Mais sa situation change lorsqu'il commet une infraction aux mœurs, aux

¹⁰⁷ CAZANOVE, Franck, *Note sur l'Assistance des aliénés en A.O.F.*, 1912, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

¹⁰⁸ [Anonyme], « Compte rendu d'ouvrage, Le Régime des aliénés de Fernand Dubief », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n° 12, Doin, Paris, 1909, p. 692-693.

¹⁰⁹ On peut citer CAZANOVE, Franck, « La folie chez les indigènes de l'Afrique Occidentale Française », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n° 15, Doin, Paris, 1912, p. 884-887 ou encore MARTIN, Gustave, « Les expertises psychiatriques aux colonies », *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniale*, n°15, Doin, Paris, 1912, p. 724-732.

coutumes, aux « superstitions locales », un délit ou un crime. Il est alors enfermé dans une pièce de l'habitation, quelquefois incarcéré et l'on se contente de lui passer son alimentation par un orifice percé dans le mur, quelquefois même attaché.¹¹⁰ Pour Cazanove, il faut donc protéger l'aliéné de lui-même, mais également des mauvais traitements qui peuvent être infligés par sa famille. Cette idée de « devoir de protection » se retrouve également chez certains partisans du projet de révision de la loi de 1838. C'est le cas du docteur Bajenoff, qui dans la préface du livre de Dubief, *Le régime des aliénés*, témoigne des mauvais traitements familiaux. Pour lui, il est nécessaire « d'inscrire dans la loi un devoir de protection »¹¹¹, d'autant plus que ce devoir est inscrit juridiquement en Angleterre, en Norvège et en Belgique.

C) La Grande guerre et ses conséquences

Des projets d'avant-guerre concernant la construction d'un asile, Cheneveau indique que « malgré toutes ces difficultés et ces lenteurs on note certaines périodes où il semble bien qu'on ait été très près d'aboutir ». C'est le cas de l'année 1914. Dans son *Rapport sur la création d'un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française*, le docteur Cheneveau retrace l'historique des projets de construction de locaux adaptés aux aliénés. On apprend ainsi que d'après un rapport datant du 19 février 1914, au Haut-Sénégal et Niger il est prévu de construire des « cellules capitonnées dans les formations sanitaires de Kayes et de Bamako » ainsi qu'un :

*Asile pour Indigènes où seraient seuls admis les fous furieux et les déments susceptibles de devenir dangereux pour leur entourage. Les autres seraient laissés dans leur famille où ils sont d'ailleurs assurés de recevoir à quelque collectivité qu'ils appartiennent, tous les soins que comporte leur état. [...] Ce projet d'Asile aux Indigènes est d'ailleurs étroitement lié aux conditions dans lesquelles est appelé à fonctionner le futur Asile de Dakar pour la construction duquel le Haut Sénégal et Niger fournirait une contribution budgétaire.*¹¹²

Mais la guerre devait en décider autrement. En 1914, la situation de l'assistance des aliénés au Sénégal est telle qu'elle avait été exposée par E. Régis dans son rapport au Congrès de Tunis

¹¹⁰ D'après CAZANOVE, Franck, « La folie chez les indigènes de l'Afrique Occidentale Française », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n° 15, Doin, Paris, 1912, p. 886.

¹¹¹ DUBIEF, Fernand, *Le régime des aliénés*, édition Jules Roussel, Paris, 1909, p. 16.

¹¹² CHENEVEAU, DR, *Rapport sur la création d'un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française*, 1938, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1371, ANOM.

de 1912. Pour Paul Gouzien, si « l'assistance aux aliénés a depuis longtemps retenu l'attention des pouvoirs publics, à cause de la guerre, de ses problèmes financiers et de pénurie de personnel spécialisé, l'assistance a été différée¹¹³ ». Il faut en effet replacer la prise en charge des malades mentaux dans l'entité plus globale de la médecine coloniale. Celle-ci, d'ordinaire minée par le manque de moyen financiers et de personnel médical, est d'autant plus affaiblie lors de la Grande Guerre. Les départs massifs de praticiens sur les fronts vident le territoire de ses médecins déjà peu nombreux et exposés au risque des maladies. En 1914, 10 d'entre eux meurent. De plus, si la médecine est d'ordinaire focalisée sur des préoccupations d'ordre hygiéniste et sanitaire, il est facile de concevoir que celle-ci relègue au second plan le problème d'assistance mentale, face à l'urgence d'une épidémie de peste qui se déclare en 1917 à Dakar, Diourbel, Kaolack et Saint-Louis. Mais, alors que le transfert des aliénés est complètement suspendu par ordre du Département - tant à cause de la diminution des possibilités de transport que de celle d'hospitalisation – que se passe-t-il concrètement pour ces malades ? Sont-ils livrés à leur sort ? N'y a-t-il pas des solutions provisoires mises en place pour assister les aliénés pendant la guerre ? Il semble que l'unique réponse soit celle de la création en 1917 d'une infirmerie pour aliénés militaires organisée à Tiaroye. Mais comme on peut le supposer, l'infirmerie est vite insuffisante et ce, bien qu'elle soit exclusivement réservée aux militaires. Qu'en est-il des aliénés indigènes civils ? Comme le rappelle Cheneveau, « les autres [sont] laissés dans leur famille où ils sont d'ailleurs assurés de recevoir, à quelque collectivité qu'ils appartiennent, tous les soins que comporte leur état.¹¹⁴ ». En effet, la pratique courante consiste en la délégation des aliénés sénégalais à leur communauté qui, comme l'a pourtant rappelé Franck Cazanove, peut être extrêmement violente envers les aliénés qu'elle juge dangereux. Néanmoins, faute de place dans les formations sanitaires, cette solution apparaît comme étant la plus viable aux yeux de l'Administration.

Enfin, pour montrer l'impact de la guerre sur la prise en charge des aliénés, nous pouvons prendre l'exemple de deux malades : Santoto et Abdoulaye Diouf, dont le parcours semé d'embûches semble montrer à quel point le manque de moyens adaptés est criant. Santoto, originaire du Sénégal et diagnostiqué comme « aliéné violent et dangereux, atteint de la manie de meurtre¹¹⁵ » est interné à Bathurst en Gambie, alors colonie anglaise. Par lettre du 6 juin

¹¹³ GOUZIEN, Paul, « L'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 25, Imprimerie nationale, Paris, 1927, p. 288.

¹¹⁴ CHENEVEAU, DR, *Rapport sur la création d'un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française*, 1938, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1371, ANOM.

¹¹⁵ Toutes les citations sont ici extraites de la correspondance échangée entre le Sénégal et la Gambie du Fonds Ancien AOF, Série H, sous-série H26, 14 Miom 1130, ANOM.

1916, le gouverneur général Edward J. Cameron prévient le Consul Général d'Angleterre à Dakar que cet aliéné, dangereux pour l'ordre public, ne peut être gardé en Gambie plus longtemps et qu'il doit être hospitalisé au Sénégal. Le lieutenant-gouverneur de l'AOF, Gabriel Angoulvant demande alors au service des affaires civiles de mener une enquête pour vérifier que l'aliéné Santoto est bien originaire du Sénégal, comme il le prétend. Ces enquêtes étaient couramment menées, il revenait à la colonie de subvenir aux besoins médicaux et à la prise en charge de l'aliéné¹¹⁶. Le 18 septembre 1916, soit 3 mois plus tard, Santoto n'a toujours pas été rapatrié au Sénégal. Une nouvelle lettre du consulat britannique, rappelant le caractère urgent de ce transfert, ajoute qu'un deuxième aliéné du nom d'Abdoulaye Diop, sujet français originaire de Rufisque est hospitalisé en Gambie. Deux mois plus tard, le 9 novembre, les deux aliénés arrivent enfin à Dakar où ils sont directement transportés à l'hôpital indigène. Mais ils sont loin d'être au bout de leurs tribulations. Ce même jour, ils sont refusés faute de places et dirigés sur l'hôpital principal de Dakar. Le directeur de l'hôpital s'en explique : « comme l'hôpital indigène ne dispose que de 3 cabanons pour aliénés, il [...] a été matériellement impossible d'y admettre les 2 malades en question dont l'arrivée annoncée pour le 30 septembre, puis pour le 29 octobre, n'a eu lieu que le 9 courant ». Si fin septembre les 2 places étaient libres, elles ont depuis été occupées par des malades jugés dangereux pour l'ordre public. Six jours plus tard, le Service des Affaires civiles informe l'Inspecteur général des Services sanitaires que Monsieur Bernard, le directeur de l'hôpital principal de Dakar a refusé de garder plus longtemps les aliénés. Faute de place à l'hôpital civil de Saint Louis, ces deux malades sont donc « internés à la prison civile jusqu'au moment où leur état de santé permettra de les remettre à leur famille ». Ce cas n'est pas rare : beaucoup d'aliénés se retrouvent enfermés à la prison. Il est d'ailleurs intéressant de constater que cet enfermement n'est pas la résultante d'une indifférenciation entre criminels et malades mentaux mais plutôt la conséquence immédiate d'un manque de locaux appropriés pour les recevoir.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'issue de cette histoire n'est pas tragique. Apprenant que les deux aliénés sont emprisonnés, l'Inspecteur des Services sanitaires lance un ultimatum aux hôpitaux. Parce qu'ils sont dangereux pour l'ordre public, on ne peut les renvoyer à leur famille ; ils doivent être hospitalisés. C'est ainsi que le 19 novembre, les aliénés sont finalement reçus à l'hôpital indigène de Dakar, comme cela était originellement prévu. Entre leur transfert de Gambie puis leur internement définitif, il s'est donc écoulé plus de 5 mois. Face à ces aléas causés par l'absence de structure adaptée et dans le but d'éviter que cela

¹¹⁶ Cela était également valable pour les aliénés sénégalais internés à l'asile Saint-Pierre de Marseille, dont les frais de séjour et de traitement étaient imputés au budget local du Sénégal.

se reproduise, l'Inspecteur des Services sanitaires insiste sur les mesures à prendre. « Il faut agrandir le pavillon des aliénés, trop petit et qui accueille aussi les détenus [...] et construire un asile d'aliénés. ».

Dès Novembre 1917, les médecins cherchent à trouver l'emplacement idéal de l'Asile, dont la construction s'avère d'autant plus utile lorsque par « Dépêche N°37 du 25 Janvier 1918, le ministre interdit d'une façon absolue et jusqu'à nouvel ordre l'embarquement de toute personne aliénée sur [leurs] navires, qu'ils soient libres ou affrétés, naviguant dans la Méditerranée, la Manche ou l'Atlantique.¹¹⁷ »

II- Le temps de l'espoir et des attermoissements (1918-1938)

A) Après la guerre, le renouveau de la psychiatrie ?

a) La prophylaxie mentale

La Première Guerre mondiale, en France comme aux colonies marque un tournant décisif. Comme nous l'avons vu au chapitre précédant, au sortir d'une guerre qui a traumatisé la métropole, le Ministère des colonies prend conscience de la nécessité de « préserver la race noire ». Le taux de mortalité infantile est extrêmement élevé, comme le rappelle Angélique Diop : « À Dakar, sur une période de vingt ans, de 1900 à 1920, sur 10556 naissances indigènes 4525 décès d'enfants de moins de quatre ans se sont produits, ce qui entraîne une perte de 42,8%.¹¹⁸ ». Combinés à cela les ravages causés par les épidémies, la France s'aperçoit que la mise en valeur de ses colonies ne peut se faire sans une main d'œuvre en bonne santé. C'est ainsi qu'à partir de 1924 « faire du Noir¹¹⁹ » devient une priorité sanitaire et politique et l'on voit se développer une médecine de masse, préventive, qui cesse d'être uniquement dirigée vers les Européens. La nouvelle politique sanitaire qui s'implante est obsédée par l'hygiène et la prophylaxie ; deux notions qui voient également le jour en psychiatrie.

¹¹⁷ CHENEVEAU, DR, *Rapport sur la création d'un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française*, 1938, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1371, ANOM. Les lignes soulignées dans la source sont retranscrites telles quelles.

¹¹⁸ DIOP, Angélique, « Les débuts de l'action sanitaire de la France en AOF, 1895-1920 : le cas du Sénégal », *A.O.F, Réalités et héritages, sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, tome 2, Direction des Archives du Sénégal, Sénégal, 1997, p. 1226.

¹¹⁹ Célèbre citation de Jules Carde.

Pendant et après la guerre, les médecins ne peuvent fermer les yeux sur les soldats traumatisés qui sombrent dans la folie. On dit d'eux qu'ils sont atteints « d'obusite », c'est-à-dire d'aliénation suite à un choc grave, causé en l'occurrence par l'explosion d'un obus. Mais les horreurs de la guerre touchent également les civils et face à cette recrudescence de folie, la question de l'aliénation mentale suscite un regain d'intérêt. Paul Gouzien en témoigne :

Cette sorte d'état d'éréthisme nerveux, chez les combattants et même les non-combattants, réveilla des tares mentales latentes ou créa, chez des sujets d'un psychisme apparemment normal, des états psychopathologiques variés, attestant une atteinte plus ou moins profonde des facultés mentales¹²⁰.

La pensée dominante est celle d'une prédisposition à la folie qui se serait déclenchée suite aux événements catastrophiques causés par la guerre. Pendant celle-ci, alors que des centres de neuropsychiatrie sont créés pour soigner les soldats, la psychiatrie doit faire face à des cas de folie qu'elle n'a encore jamais rencontrés. Gouzien explique que, en réaction, la psychiatrie prend la décision « de moderniser [ses] conceptions anciennes en thérapeutique et en hygiène mentale, en les adaptant à l'esprit nouveau, c'est-à-dire en y introduisant la méthode scientifique objective, basée sur l'observation clinique et l'expérimentation. ¹²¹».

C'est ainsi qu'est fondée à Paris en 1920, à l'initiative du Docteur Edouard Toulouse, la Ligue d'hygiène mentale. Cette ligue regroupe plusieurs scientifiques, tels que des médecins, physiologistes, psychologues et juristes qui ont pour but « d'étudier les problèmes sociaux liés à l'activité psychique.¹²² ». En 1921, ce même docteur Toulouse crée à Sainte-Anne le premier service pour le traitement des « psychopathes dont l'état ne nécessite pas le placement dans les formes prescrites par la loi du 30 juin 1838¹²³ ». Il s'agit du premier service ouvert qui a pour fonction de soigner les « petits mentaux » comme les appelle Gouzien. Des malades inoffensifs qui, s'ils ne sont pas pris en charge à temps, peuvent passer à la « chronicité », c'est-à-dire à une folie chronique et incurable qui justifierait cette fois-ci un internement asilaire. Le service ouvert est donc un service annexe à l'hôpital psychiatrique où les patients ne sont pas soumis à la loi de 1838. On peut dire de cette nouvelle assistance psychiatrique qu'elle est une mesure prophylactique en soi. Il s'agit de prévenir la folie avant que celle-ci ne soit irrécupérable. Encore une fois cependant, la France est en retard comparée aux autres pays où ces services sont déjà existants aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et en Allemagne.

¹²⁰ GOUZIEN, Paul, « L'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 25, Imprimerie nationale, Paris, 1927, p. 289.

¹²¹ *Op. cit.* GOUZIEN, p. 291.

¹²² *Op. cit.* GOUZIEN, p. 291

¹²³ QUETEL, Claude, *Histoire de la folie, De l'Antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2015, p. 320.

Pour Gouzien, cette nouvelle réglementation de l'Assistance aux aliénés est une nécessité en métropole mais également aux colonies. Selon lui, les « petits mentaux » sont d'autant plus exposés à la folie que dans les colonies, des facteurs autres que celui de la guerre s'ajoutent à l'équilibre mental. Les maladies toxi-infectieuses ou encore le climat sont autant de facteurs affectant le mental des Européens¹²⁴. C'est ainsi qu'en 1924, le Conseil d'administration de la Ligue d'hygiène mentale crée une 11^e section : la Commission d'hygiène mentale coloniale. Cette commission qui travaille activement avec le Service de Santé du Département des colonies débouche, grâce un arrêté ministériel du 25 septembre 1925, sur la mise en place d'une Commission consultative d'assistance psychiatrique et d'hygiène mentale coloniale dont Cazanove est le secrétaire. Les points étudiés par cette Commission consultative sont les suivants¹²⁵ :

- a) Organisation de l'Assistance aux aliénés européens et indigènes aux colonies ;
- b) Prophylaxie des maladies mentales aux colonies ;
- c) Application des expertises médico-légales psychiatriques ;
- d) Enquêtes cliniques et étiologiques, destinées à fixer les différents types de neuro-psychoses coloniales et à préciser leurs causes ;
- e) Etude de tous les sujets ressortissants à la médecine mentale coloniale, soumis à son examen.

Afin de mener à bien ce programme, la Commission consultative envoie un questionnaire à chaque colonie afin que celle-ci fasse un rapport complet des problèmes posés par les thèmes cités ci-dessus. Il s'agit notamment d'enquêtes cliniques et étiologiques destinées à fixer les différents types de psychoses coloniales et à préciser leurs causes. Enfin, il est important de préciser que ce projet de prophylaxie mentale, comme le dit Gouzien, a reçu un « accueil bienveillant des ministres » et notamment du Ministre des colonies Edouard Daladier qui a accepté la création de cette Commission. Ce projet a également été appuyé par le médecin inspecteur général Lasnet qui avait déjà encouragé le gouverneur du Sénégal Jules Carde à appliquer la politique du repos préconisée par Daladier afin de permettre la mise en place de mesures d'hygiène et de prophylaxie des maladies infectieuses. Les milieux décisionnels sont donc loin d'être indifférents à la question de l'Assistance mentale aux colonies. Néanmoins,

¹²⁴ Cette liste de facteurs pouvant impacter le moral des troupes n'est pas exhaustive. Elle est détaillée et expliquée dans le chapitre suivant.

¹²⁵ Les données suivantes sont extraites de GOUZIEN, Paul, « L'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 25, Imprimerie nationale, Paris, 1927, p. 293.

malgré ces quelques avancées psychiatriques, les problèmes de fond persistent et aucune évolution concrète quant à la prise en charge des aliénés ne voit le jour.

b) Un leitmotiv permanent : le manque de personnel spécialisé

Si une Commission d'hygiène mentale coloniale voit le jour en 1924, les problèmes matériels et techniques perdurent, aggravés par la guerre. La récurrence majeure, outre le manque de locaux adaptés, est celle d'un manque de personnel spécialisé. Or comment comprendre cette lacune ? Le personnel médical est comme nous l'avons déjà exposé, extrêmement réduit et absorbé par le traitement urgent des maladies endémiques et des épidémies. Comme le dit Gouzien, « on conçoit que, dans de telles conditions, l'assistance aux psychopathes dut passer au second plan¹²⁶ ». Pour autant, faut-il en déduire qu'aucun des médecins n'étaient en mesure de traiter correctement les aliénés ? En 1912, sous l'impulsion du professeur Emanuel Régis, qui préconisait dans son rapport sur « l'Assistance des aliénés aux colonies » la formation de médecins spécialistes, une instruction dispensant des rudiments de psychiatrie est mise en place. Pour Régis, l'apprentissage de la « médecine tropicale » ne peut être complète sans l'étude des maladies mentales, tous les médecins étant amenés à côtoyer l'aliénation aux colonies. Effectivement, les praticiens sont couramment appelés à faire des expertises médico-légales lors de conseils de guerre ou de procès. Or pour rendre un jugement adéquat, des connaissances en psychiatrie sont indispensables. A contrario, cela peut amener à de regrettables erreurs comme la condamnation à mort d'un accusé jugé responsable de ses actes alors qu'il ne l'est pas. Enfin, tous ces médecins doivent également réaliser des examens mentaux afin de décider du transfert de l'aliéné européen en métropole tout en établissant un traitement adapté à son état.

Ainsi, dès 1912, les médecins qui reçoivent un premier enseignement psychiatrique à l'Ecole de santé navale de Bordeaux, poursuivent leur formation à l'Ecole d'application de Marseille, dite Ecole du Pharo. Durant deux mois, ils se rendent une fois par semaine à une polyclinique afin d'y observer des cas d'aliénation. Parallèlement, ils suivent des leçons

¹²⁶ GOUZIEN, Paul, « L'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 25, Imprimerie nationale, Paris, 1927, p. 290.

dispensées par le professeur Simonin – spécialiste de la psychiatrie militaire au Val-de-Grâce – dont le programme est le suivant¹²⁷ :

- 1) L'expertise psychiatrique en général dans l'armée. Les maladies mentales dans l'armée, en colonne, aux colonies et en campagne ;
- 2) Les procédés généraux applicables à l'examen de l'état mental. La simulation des troubles psychiques ;
- 3) Les débiles et les dégénérés dans l'armée ;
- 4) L'alcoolisme. La crise d'excitation motrice devant la justice militaire ;
- 5) Les fugues, les amnésies, l'épilepsie ;
- 6) Les états d'excitation et de dépression ;
- 7) Les psychoses hallucinatoires.

Enfin, une fois par semaine, sous la direction du professeur de médecine légale, la série d'étudiants en période d'instruction psychiatrique est conduite à l'asile d'aliénés de Saint-Pierre, où « une attention spécifique est portée aux aliénés indigènes d'origine sénégalaise ayant appartenu à l'armée coloniale ou à l'armée de mer.¹²⁸ »

« Mais cela ne [suffit] point encore pour doter chaque colonie au moins, d'un expert attitré », nous dit Gouzien. Aucun médecin ne décide, suite à cet enseignement de se spécialiser dans le domaine psychiatrique, qui fait semble-t-il « peu d'adeptes ¹²⁹ ». On peut donc supposer que le manque de médecins spécialisés ne résulte pas d'un désintérêt des milieux décisionnels mais bel et bien du personnel lui-même. Il faut en effet rappeler que jusque dans les années 1920 – avant qu'émerge une psychiatrie basée sur la prophylaxie et la biologie – celle-ci est loin de convaincre. L'opinion publique ne voit en elle qu'une philosophie qui théorise la pensée humaine et ses maladies mentales, sans pour autant être capable de les guérir. Pourquoi donc se spécialiser dans une discipline qui ne guérit pas et aller se perdre dans une colonie où l'on est sans cesse exposé aux maladies endémiques et où l'on ne gagne qu'un maigre salaire ? Si la psychiatrie ne trouve pas d'adepte, la médecine coloniale elle-même peine à renflouer ses effectifs, malgré les nombreuses campagnes de recrutements effectuées en métropole. C'est donc pour combler cette lacune que la circulaire ministérielle n°2437 du 23 septembre 1932 voit le jour. Elle crée « des stages d'un an durant lesquels les stagiaires doivent préparer le

¹²⁷ Toutes les informations ont été extraites de MARTIN, Gustave, « Les expertises psychiatriques aux colonies », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n°15, Doin, Paris, 1912, p. 724-732.

¹²⁸ *Op. cit.*, MARTIN, p. 731.

¹²⁹ GOUZIEN, Paul, « L'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 25, Imprimerie nationale, Paris, 1927, p. 290.

diplôme de médecine légale et de psychiatrie de l'université de Paris¹³⁰ » et impose notamment aux stagiaires de fréquenter un asile de la banlieue parisienne ainsi que le service spécialisé du Val-de-Grâce.

S'il semble que la question du personnel spécialisé soit enfin résolue en 1932, le problème du manque d'infrastructure adaptée aux aliénés persiste quant à lui.

B) L'asile fantôme

a) Une succession de projets avortés¹³¹

Après la guerre, l'infirmerie provisoire de Thiaroye mise en place pour les aliénés militaires fonctionne toujours et est surpeuplée. La nécessité de construire un établissement adapté pour ces malades se fait de plus en plus urgente. D'autant plus que l'ordre ministériel de 1918 interdit tout transport des aliénés indigènes vers la métropole et que le contrat passé avec l'asile de Saint-Pierre n'est pas renouvelé en 1925. En l'absence de locaux adaptés, les aliénés indigènes sont reçus à l'Ambulance du Cap Manuel¹³² et à l'Hôpital indigène de Dakar. Le docteur Franck Cazanove dans son *Rapport sur le projet d'un asile d'aliénés*¹³³ dresse un état des lieux de la situation à Dakar en 1930, où il dénombre 106 aliénés.

Formation sanitaire	Européens	Originaires	Indigènes	Nombre d'aliénés restés sur place	Nombre de décès
Ambulance du Cap Manuel	20	5	54	10	
Hôpital indigène	-----	-----	27 a	29 b	23 c
Total	20	5	81	39	23

- a) Parmi les 27 indigènes, on compte 21 hommes et 6 femmes
- b) Ce chiffre, qui correspond au nombre d'aliénés traités sur place en 1930 comprend également ceux qui y sont traités depuis les années antérieures.
- c) Sur les 23 Sénégalais décédés il y a 16 femmes et 7 hommes.

¹³⁰ PEYRE, Etienne, « Les problèmes de l'Assistance mentale aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 31, Imprimerie nationale, Paris, 1933, p. 453.

¹³¹ Voir la carte des projets de construction d'asiles au Sénégal n'ayant pas abouti, annexe n°4.

¹³² Par ambulance il faut entendre annexe. L'ambulance du Cap-Manuel est une annexe de l'hôpital principal de Dakar, située au Cap-Manuel.

¹³³ CAZANOVE, Franck, *Rapport sur le projet d'un asile d'aliénés*, 1931, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

Cazanove explique que seul 36,8 % des aliénés sont traités sur place. Les autres sont renvoyés dans leur village/collectivité pour ce qui est des indigènes ou dans leur colonie lorsqu'il s'agit de militaires étrangers. Cette mesure a donc pour fonction de « désencombrer » des lieux insalubres où sont entassés les aliénés et où le taux de mortalité est extrêmement élevé. Comme on peut le constater dans ce tableau, 23 décès de Sénégalais sont recensés, et ce, seulement pour l'année 1930. Comme le rappelle Cazanove, « les aliénés indigènes placés dans des cabanons y meurent rapidement, comme en France d'ailleurs, de tuberculose ¹³⁴ ». La construction d'un asile permettrait donc de centraliser les aliénés et de les soigner, évitant ainsi de renvoyer des malades mentaux chroniques dans leur colonie lorsque ceux-ci doivent avant tout être hospitalisés. De plus, cet asile serait également bénéfique aux autres colonies car « les autorités administratives et indigènes évacueront volontiers sur l'asile les aliénés vivant dans les villages et gênant la collectivité, malgré la considération magico-religieuse dont ils sont entourés et qui cesse dès qu'ils deviennent quelque peu offensifs ».

La construction se fait donc urgente, d'autant plus que, dans les autres colonies de l'Empire français, plusieurs asiles ont déjà vu le jour. En Cochinchine un asile à *Bien-Hoa* est construit 1919 et Cazanove rapporte qu'un 2^{ème} asile s'apprête à ouvrir ses portes au Tonkin. A Madagascar, l'asile d'Anjanamasina fonctionne depuis sa fondation le 2 janvier 1912 tandis qu'en en AOF et en AEF, il n'y a toujours aucun asile. Néanmoins, « dans la répartition des crédits du grand emprunt colonial, le gouverneur général de l'AOF a prévu une somme de 3 000 000 francs pour construire un établissement d'aliénés » dont l'emplacement est prévu au Sénégal. L'espoir est de mise. Et pourtant la construction de cet asile n'est qu'une triste succession de projets avortés.

Dans son *Rapport sur la création d'un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française* écrit en 1938, le docteur Cheneveau livre un récapitulatif exhaustif des différents projets d'asiles prévus en AOF. Suite au *Rapport sur les aliénés du Sénégal* du docteur Morin en 1910, ainsi que des demandes appuyées du Conseil général, la construction d'un asile est d'abord envisagée sur l'Ile de Gorée. Mais la guerre arrive et enterre tous les projets. C'est seulement sept plus tard, soit en 1921, que la construction d'un asile est reconsidérée. Un projet de pavillon pour aliénés à construire dans le sanatorium de Sébikhotane est alors approuvé. Mais ce pavillon, tout comme le Sanatorium, n'est jamais construit. En 1925, un nouvel élan est donné par la création de la Ligue d'hygiène mentale coloniale et de sa

¹³⁴ Toutes les citations de ce paragraphe sont extraites de CAZANOVE, Franck, *Rapport sur le projet d'un asile d'aliénés*, 1931, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

Commission consultative qui, avec le soutien d'Edouard Daladier, fait mettre la question à l'étude. Un nouveau lieu est choisi : l'asile doit être construit à Gorée. Cependant le projet ne donne pas entière satisfaction à ses auteurs et est repris de manière plus détaillée dans un rapport de 1927 où Thiès est alors envisagé. Mais pour « des raisons indéterminées » nous dit Cheneveau, « silence se [fait] jusqu'en 1930 ». Néanmoins, en 1931, un projet de construction d'asile à M'Baba est établi par le Service des Travaux public du Sénégal. Cazanove indique dans son *Rapport sur le projet d'un asile d'aliénés* que l'espace étudié au vu de cette construction a été retenu car « les recherches faites au point de vue de l'alimentation en eau permettent d'envisager la possibilité d'y édifier toutes les constructions prévues, d'aménager des terrains de culture et d'envisager toute l'extension, plus tard nécessaire ». Cette même année, le projet est transmis à l'Inspection générale des Services sanitaires et médicaux (IGSSM) mais il est critiqué. Cazanove notamment lui reproche « un luxe invraisemblable de personnel et des installations inopportunes très coûteuses.¹³⁵ ». Par ordre du Conseil général, ce projet est donc repris par le médecin général Sorel et le médecin Cazanove. Or, si les nouvelles propositions formulées par ces deux praticiens sont unanimement approuvées, le Conseil général de l'AOF fait connaître, par une note du 13 juillet 1933 adressée au Gouverneur du Sénégal, que la construction de l'asile est différée. « Il semble que les raisons de ce changement soient d'ordre financier » nous explique Cheneveau. Un nouveau revirement s'opère alors. L'organisation de l'Assistance psychiatrique est réexaminée et « à la conception de l'asile unique fédéral, [succède] une décentralisation avec asiles locaux multiples ». Le Sénégal doit donc être doté d'un asile mais celui-ci sera plus petit car il ne recevra que les aliénés du son territoire. Il ne s'agit donc plus de centraliser tous les aliénés de l'AOF car on pense que si l'aliéné est « déraciné » de sa terre natale, il n'en sera que plus perturbé et que cela ne fera qu'aggraver ses psychoses. Il faut donc soigner l'aliéné au plus près de son lieu d'origine et c'est dans cette perspective que le 31 octobre 1933, l'IGSSM et le Gouverneur général de l'AOF commandent « aux lieutenants gouverneurs de mettre à l'étude la création de services annexés aux formations sanitaires du Chef-lieu pour les aliénés incurables ou dangereux, les autres étaient confiés selon l'usage local à la surveillance de leur village. » Mais de 1934 à 1937 les dossiers sont muets et rien n'est réalisé. En mars 1937, le gouverneur général de l'AOF reprend la question et envisage « des formations hospitalières spécialement conçues et spécialement outillées pour le traitement des malades curables et l'isolement humain des malades dangereux » dans les territoires du Sénégal, de Bamako, de Bobo-Dioulasso et du Bas-

¹³⁵ COLLIGNON, René, « Le traitement de la question de la folie au Sénégal à l'époque coloniale », BERNAULT F. (dir.), *Enfermement, prison et châtement en Afrique. Du 19e siècle à nos jours.*, Karthala, Paris, 1999, p. 243.

Dahomey. Il demande alors au Ministre des colonies un concours financier mais cet appel n'est pas entendu. Néanmoins, en mai 1937, le Département des Affaires sanitaires signe un accord pour que le groupe de l'AOF soit doté le plus tôt possible d'une formation sanitaire spécialisée et véritablement adaptée. Alors que l'emplacement de M'Baba suscite des remarques, le gouverneur général propose de nouveau l'emplacement de Thiès tel qu'il était envisagé auparavant. Ce projet doit alors prendre effet au plus vite : « les travaux seraient entrepris dès le prochain exercice sur fonds d'emprunt avec contribution du budget général » nous dit Cheneveau et en 1938, un crédit d'un million de francs est inscrit au Budget.

b) La création d'un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française¹³⁶

Dans son *Rapport sur la création d'un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française*, le docteur Cheneveau étudie la question de l'Assistance aux aliénés dans les colonies. Pour lui, à l'instar de l'assistance préconisée par le professeur Régis et le médecin général Reboul dans le rapport sur « l'Assistance des aliénés aux colonies » de 1912, celle-ci doit s'effectuer à deux niveaux : suivant que l'aliéné soit en période de crise aiguë et qu'il nécessite un traitement urgent ; ou suivant qu'il soit dans une maladie chronique incurable qui nécessite de le placer hors de la communauté. Cheneveau, pour qui cet « accord paraît fait sur les principes et les conditions du traitement des aliénés », le résume ainsi :

L'aliéné est d'abord un malade :
Comme tel il doit être traité
Ensuite il peut devenir un incurable :
Comme tel doit être assisté.
Enfin il peut être dangereux pour la société :
Comme tel il doit être contenu.

Suivant cette distinction séparant les malades « aigus » des malades « chroniques », Cheneveau propose de construire des bâtiments adaptés à cette assistance à deux niveaux. Tout d'abord, il préconise la construction d'un quartier psychiatrique annexé à un hôpital. Il s'agit pour lui d'« une formation sanitaire non dans la ville, mais à proximité (quelques kilomètres) et rattachée médicalement et administrativement à l'hôpital de la ville ». Cette annexe locale doit être composée d'un personnel infirmier spécialisé, c'est-à-dire formé pour s'occuper

¹³⁶ Voir annexe n°5

des aliénés¹³⁷. L'annexe psychiatrique concerne donc les malades mentaux du 1^{er} degré qui peuvent encore être soignés. Si l'état de ces derniers se dégrade, qu'ils deviennent des aliénés chroniques et/ou qu'ils constituent un danger pour eux-mêmes ou pour les autres, ils doivent être envoyés à l'hôpital psychiatrique. L'hôpital psychiatrique est donc, d'après Cheneveau, un « hôpital spécialisé qui impose des moyens de traitement plus poussés, [...] en ce qui concerne la rééducation, des locaux [...] plus vastes et répondant mieux à la clientèle qu'ils recevront, un personnel spécialisé et plus familiarisé avec ces malades particuliers ». L'hôpital aurait donc pour fonction de « compléter l'action des quartiers psychiatriques des colonies ». A l'échelle fédérale, il doit également jouer un rôle d'évacuation pour les malades et assurer la répartition des indigènes de l'AOF entre leurs colonies d'origine. Pour résumer, les aliénés « aigus » relèvent d'une organisation locale tandis que les malades chroniques relèvent de l'échelon fédéral.

Ce rapport, qui se termine par un projet d'arrêté organisant en AOF l'assistance psychiatrique, est adopté par arrêté du 9 juillet 1938. Comme l'explique René Collignon, cet arrêté, « vient mettre un terme à un long vide juridique ¹³⁸ ». En reprenant les propositions de Cheneveau d'établir une distinction entre les différents degrés d'aliénation, l'article 5 précise les conditions d'assistance médicale. Les malades du 1^{er} degré, dits « psychopathes aigus » doivent être traités dans les formations sanitaires de la colonie et admis au même titre que les autres malades. Les aliénés du 2^{ème} degré dont la « folie » chronique fait d'eux un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes – pendant une période dont la durée ne peut être déterminée – doivent être dirigés sur les quartiers psychiatriques. Ces annexes contiennent des locaux spéciaux « capables d'assurer le maintien de l'aliéné et l'hospitalisation de longue durée ». Enfin à l'article 6 il est inscrit que « la fédération de l'AOF dispose d'un hôpital psychiatrique fédéral situé à Thiès » et dont les conditions d'admission sont basées sur la loi de 1838, distinguant placement volontaire et placement d'office alors imposé par le Gouverneur général ou son délégué. Une véritable assistance psychiatrique s'apprête à voir le jour. Mais la malédiction continue et par un malheureux concours de circonstances, la guerre éclate à

¹³⁷ Cette proposition de former des infirmiers spécialisés tient au fait que Cheneveau en a fait l'expérience au Togo, durant les années 1932-1934. Voir CHENEVEAU, DR, « Notes psychiatriques au Togo. Législation, aperçus cliniques 1932-1934 », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 35, Imprimerie nationale, Paris, 1937, p. 432-463.

¹³⁸ COLLIGNON, René, « Le traitement de la question de la folie au Sénégal à l'époque coloniale », BERNALTY F. (dir.), *Enfermement, prison et châtement en Afrique. Du 19e siècle à nos jours.*, Karthala, Paris, 1999, p. 245.

nouveau, empêchant ainsi la construction de l'hôpital de Thiès qui, comme l'écrit Collignon, constituait pourtant la « clef de voute du système¹³⁹ » d'Assistance.

Pour autant, si aucune assistance psychiatrique ne se concrétise, cela ne signifie pas qu'aucune pensée psychiatrique n'émerge durant cette période. Au contraire, dans ce néant matériel et budgétaire, fourmillent pléthore d'idées et de propositions, notamment concernant le traitement à adapter pour les aliénés coloniaux.

¹³⁹ COLLIGNON, René, « Le traitement de la question de la folie au Sénégal à l'époque coloniale », BERNAULT F. (dir.), *Enfermement, prison et châtement en Afrique. Du 19e siècle à nos jours.*, Karthala, Paris, 1999, p. 245.

PARTIE 3

Penser la psychiatrie aux colonies

I- L'aliénisme aux colonies : histoire d'une pensée raciale

Aucune assistance psychiatrique ne voit le jour et, pour autant, la pensée aliéniste bat son plein. Aux colonies, des soldats pourtant jugés sains d'esprit sombrent dans la folie et l'on voit des indigènes qui se proclament sorciers, « jettent des sorts, préparent des maléfices et ont la propriété de se transformer en animaux ¹⁴⁰ ». Pour des médecins coloniaux, récemment débarqués, les colonies représentent un terrain de recherche et d'expérience inédit. Comment alors concevoir la folie ? Est-elle foncièrement différente de celle métropolitaine ? Y a-t-il une folie coloniale différant selon les « races » ? Pour répondre aux questions que se posent les praticiens, la solution paraît simple. Il suffit de comparer les différents types de maladies rencontrées par les Européens et les Africains. Or, à travers l'établissement de ces nosographies ¹⁴¹ comparatives et de leurs écrits, « les psychiatres et psychologues produisent un langage pour décrire et définir non seulement « l'Africain fou » mais l'Africain en général ¹⁴² ».

A) La psychiatrie coloniale européenne

Aux colonies, plusieurs types de maladies mentales se déclarent chez des soldats a priori en bonne santé. Or, comme nous l'avons expliqué dans les chapitres précédents, la santé des soldats constitue la priorité coloniale des politiques sanitaires. Sans les Européens, la colonisation serait mise à mal. Il est donc urgent de trouver les causes de leur aliénation.

a) La colonie, un lieu propice à la folie ?

On observe aux colonies « toute une classe de psychopathes maniaques, mélancoliques, persécutés, déséquilibrés, paralytiques généraux qui présentent la même symptomatologie que les psychopathes de même nature observés dans la métropole ¹⁴³ » nous dit Franck Cazanove. Comment comprendre alors que la folie ne se manifeste seulement qu'une fois arrivé aux

¹⁴⁰ CAZANOVE, Franck, « La folie chez les indigènes de l'Afrique Occidentale Française », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n° 15, Paris, Doin, 1912, p. 895.

¹⁴¹ La nosographie consiste en la classification et description des maladies, en l'occurrence mentales.

¹⁴² « The writings of the colonial psychiatrists and psychologists provided one language, [...] in which to describe and define the 'African' in general and not just the 'mad African' », VAUGHAN, Megan, "The madmen and the medicine men: Colonial Psychiatry and the theory of deculturation", *Curing their ills: Colonial power and African illness*, Stanford University Press, 1991, p.107.

¹⁴³ CAZANOVE, Franck, « Memento de psychiatrie coloniale africaine », *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, Larose, Paris, 1927, p. 143.

colonies ? Y a-t-il une « psychiatrie des pays chauds s'opposant à une psychiatrie des climats tempérés ¹⁴⁴ » se demande Cazanove ? Pour la plupart des scientifiques, il y a un lien évident entre l'environnement et la folie. Dans l'étiologie ¹⁴⁵ des maladies mentales aux colonies, le climat apparaît comme un facteur déterminant. La chaleur, le soleil, la mer et le mal de mer sont autant d'éléments répertoriés dans le chapitre consacré aux causes des maladies mentales tropicales du *Précis de psychiatrie* d'Emanuel Régis ¹⁴⁶. En réalité, cette idée d'un climat qui influence la santé mentale n'est pas nouvelle. Au XIX^{ème} siècle, de nombreux écrits scientifiques étudient l'impact du climat sur l'équilibre physique et mental des personnes. L'un de ses plus grands théoriciens, Moreau de Tours, établit un lien direct entre le climat, la culture et la folie. Selon lui, chez des individus dont le système nerveux est déjà instable, le climat ne fait qu'aggraver une fragilité originelle qui finirait de s'achever par la folie. Par ailleurs, l'expatriation et l'ennui sont autant de facteurs moraux qui altèrent le psychisme de soldats transplantés loin de leur terre natale et qui sombrent lentement dans la « nostalgie » ¹⁴⁷.

Il faut ajouter qu'outre ces éléments environnementaux, les colonies n'échappent pas aux « fléaux » de l'époque que sont l'alcool et les stupéfiants. D'abord appelée « folie alcoolique » ou « folie des ivrognes », l'alcoolisme rentre officiellement dans le champ des étiologies en 1852 lorsque le médecin suédois, Magnus Huss, théorise l'idée d'un « alcoolisme chronique ». Dès lors, l'alcoolisme devient une véritable préoccupation sanitaire en métropole qui trouve son paroxysme lors de Première Guerre mondiale. Alors que la « race » française meurt dans les tranchées, il est nécessaire de la préserver à l'arrière des fronts. C'est ainsi qu'en 1915, une première loi interdisant l'absinthe est votée. Le 12 juillet 1916, une loi similaire voit le jour mais celle-ci ne concerne plus seulement l'absinthe, elle vise les stupéfiants en général. On comprend donc que face à la crainte de voir une « race » française s'affaiblir en métropole, la peur s'amplifie aux colonies où les Français, déjà touchés par les maladies endémiques, ne représentent qu'un effectif limité face à la majorité d'Africains.

Pour autant, si les colonies constituent un climat favorable au déclenchement d'une folie dont les psychoses sont identiques à celles de la métropole, pour les médecins, cela ne peut s'expliquer que par une « prédisposition naturelle ». En effet, les aliénistes de l'époque sont obsédés par l'idée d'une prédisposition à la folie dont l'origine première est à trouver dans la « dégénérescence ». Cette théorie de dégénérescence, qui apparaît au milieu du XIX^e siècle,

¹⁴⁴ CAZANOVE, Franck, « Memento de psychiatrie coloniale africaine », *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, Larose, Paris, 1927, p. 143.

¹⁴⁵ Etude des causes d'une maladie.

¹⁴⁶ REGIS, Emmanuel, *Précis de psychiatrie*, 5^{ème} édition, Doin, Paris, 1923.

¹⁴⁷ La nostalgie est l'appellation ancienne de la dépression.

connaît un « succès considérable et durable du fait qu'elle constitue la première tentative d'explication globale de la folie.¹⁴⁸ ». D'abord théorisée par le docteur Augustin Morel dans son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce*, publié en 1857, la dégénérescence est décrite comme une « déviation malade de l'espèce ». L'idée qui prédomine alors est qu'elle serait causée par l'hérédité. La folie serait donc héréditaire et si un individu perd la raison, c'est parce qu'il perpétue une psychose familiale. Bien que cette théorie soit reprise en 1860 par Valentin Magnan qui établit une différenciation entre dégénérescence et hérédité, l'idée d'une prédisposition à la folie reste présente dans les esprits au long du XX^{ème} siècle. Pourtant le docteur Genil-Perrin en 1913, dans une thèse intitulée *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*¹⁴⁹, critique et discrédite cette théorie.

Enfin, à l'idée d'une prédisposition mentale à la folie chez les soldats se greffe celle d'une folie déjà existante en métropole mais qui n'aurait pas été décelée lors de l'examen médical. Dans son *Mémento de psychiatrie coloniale africaine*, Cazanove dissocie les « psychopathes coloniaux involontaires » - chez qui la fréquence des maladies mentales est égale à celle métropolitaine – des « psychopathes coloniaux volontaires ». Pour Cazanove :

*Ces psychopathes recherchent la vie coloniale, leur constitution psychique a un appétit spécial pour l'exotisme. L'existence tropicale les attire comme un aimant ; elle satisfait toutes leurs tendances psychiques ou passionnelles : nouveauté, mystère, autorité, liberté, actions d'éclat, randonnées dans l'espace, aspirations sexuelles vers des rites inconnus, rêveries des ivresses de l'opium et du haschich..., elle réalise tous les mirages de leur esprit.*¹⁵⁰

Le professeur Emanuel Régis, qui a fortement influencé Cazanove¹⁵¹, explique dans son *Précis de Psychiatrie*, que « l'existence coloniale, large et facile, dépourvue des freins de tous ordres qui garantissent, dans la vie métropolitaine, la moralité de l'individu constitue un champ d'expansion pour [les] instincts souvent mal contenus. ». Décidément, les colonies constituent « un champ d'épreuves redoutables pour les cerveaux mal pondérés, fragiles et délicats ¹⁵² ».

¹⁴⁸ QUETEL, Claude, *Histoire de la folie, De l'Antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2015, p. 401.

Pour une histoire résumée de cette théorie, se reporter à QUETEL, Claude, POSTEL, Jacques, « La théorie de la dégénérescence », *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris, 1994, p. 223-238.

¹⁴⁹ Genil-Perrin reproche notamment à cette théorie son caractère vague et peu scientifique, regroupant toutes les maladies mentales sous une même appellation ; et sans les décrire ni ne les analyser.

¹⁵⁰ CAZANOVE, Franck, « Mémento de psychiatrie coloniale africaine », *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, Larose, Paris, 1927, p. 140.

¹⁵¹ Cazanove ne cesse de couvrir d'éloges le professeur Régis dans ses écrits et lui dédie même son *Mémento de psychiatrie coloniale africaine*.

¹⁵² REGIS, Emmanuel, *Précis de psychiatrie*, 5^{ème} édition, Doin, Paris, 1923, p. 772.

b) L'affection tropicale : un nouvel élément étiologique

Dans son *Mémento de psychiatrie coloniale africaine*, le docteur Cazanove retrace succinctement l'évolution de la psychiatrie coloniale. Comme nous l'avons exposé plus haut, les études menées à la fin du XIX^{ème} siècle constatent que les « troubles psychiques des psychopathes coloniaux [revêtent] toutes les formes classiques de l'aliénation mentale de l'asile¹⁵³ ». Les médecins en ont alors déduit que les maladies tropicales déclenchaient et révélaient des troubles mentaux déjà présents chez l'individu. Pour Cazanove, il s'agit de « la période vésanique de la psychiatrie coloniale ». Puis vient la « période éthylique de la psychiatrie coloniale » où les médecins constatent notamment que les paludéens délirants ont des hallucinations visuelles éphémères, notamment zoopsiques, soit un délire imaginaire où le patient voit des animaux (araignée, serpent) et des images terrifiantes là où il n'y en a pas. Or il se trouve que ce type de délire hallucinatoire est une caractéristique du *delirium tremens*, le délire de l'alcoolisme chronique. Ainsi, résume Cazanove, les psychopathies coloniales se divisent en deux catégories :

*Les délires éphémères qui ne survenaient que chez les alcooliques et psychoses prolongées ou chroniques qui ne survenaient que chez les prédisposés et présentaient la symptomatologie banale des formes vésaniques habituellement observées dans la Métropole.*¹⁵⁴

Comme pour l'histoire de la médecine coloniale où, au cours des séances de vaccination, les médecins découvrent les pathologies qui affectent les populations de l'AOF¹⁵⁵, les praticiens observent sur place des psychopathies qui ne sont pas liées à l'alcoolisme. Elles ne peuvent donc pas être un signe de prédisposition chez des individus ayant toujours été sains en métropole. Impulsée par le professeur Régis nous dit Cazanove, une troisième notion voit le jour dans l'étiologie des maladies malades : celle des troubles psychiques directement liés aux infections tropicales dites « toxi-infections ».

Voilà qui modifie les conceptions de la folie aux colonies car comme l'affirme Régis, « les psychoses des auto-intoxications et infections représentent presque la totalité de ces innombrables psychoses symptomatiques auxquelles le praticien à particulièrement affaire et

¹⁵³ CAZANOVE, Franck, « Memento de psychiatrie coloniale africaine », *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, Larose, Paris, 1927, p. 133. Parmi les aliénations mentales les plus courantes, on peut citer la manie, la paralysie générale et la démence.

¹⁵⁴ Op. Cit., CAZANOVE, « Memento de psychiatrie coloniale africaine », p. 134

¹⁵⁵ Comme la maladie du sommeil par exemple.

qu'il rencontre sur sa route pour ainsi dire à chaque pas.¹⁵⁶ ». Cependant, si cette conception médicale permet de mieux classer les maladies mentales, elle pose un autre problème. Si les troubles psychiques doivent dès lors être rattachés à l'infection originelle, il faut pouvoir poser un diagnostic. Or, poser un diagnostic correct ne peut se faire à cette époque sans effectuer une batterie de tests médicaux dont l'opération la plus importante consiste en l'analyse du liquide céphalo-rachidien, prélevé à l'aide d'une ponction lombaire. Ce procédé, par ailleurs extrêmement douloureux, n'était que très rarement utilisé lorsque le médecin pensait être en présence d'un cas d'aliénation. Ainsi, alors que ces personnes toxi-infectées auraient dû être reçues au même rang que les patients « normaux », ils étaient, la plupart du temps, mélangés avec les aliénés et étaient donc condamnés à ne jamais guérir. Néanmoins, cette idée d'une folie en lien avec les maladies infectieuses témoigne d'une psychiatrie coloniale qui est pensée en lien avec les conceptions médicales de l'époque. C'est d'ailleurs ce qui la différencie de la psychiatrie métropolitaine et lui donne même un caractère avant-gardiste. En France, il faut attendre l'arrivée d'Edouard Toulouse et de sa prophylaxie mentale dans les années 1920 avant que la psychiatrie ne soit rattachée au champ de la médecine.

B) La théorisation de la folie africaine ou la création d'une nouvelle image d'Épinal de l'Africain

Pour comprendre la conception européenne de la « folie africaine », il nous semblait utile de dresser une typologie des maladies mentales rencontrées aux colonies afin de connaître les entités nosographiques utilisées. Les premières études réalisées démontrent que les maladies des Africains ont des caractéristiques communes aux maladies mentales européennes. C'est le cas des psychoses toxi-infectieuses et parasitaires ainsi que des psychoses toxiques, à savoir l'alcoolisme mais aussi le chanvre indien et l'opium qui « sont des poisons nationaux, physiques et psychiques » nous dit Cazanove¹⁵⁷. Pour autant, si les indigènes présentent des manifestations psychiques a priori identiques à celles des Européens, on pense qu'elles s'en différencient par leurs modalités et leurs symptômes. Pour comprendre cette distinction, il faut la recontextualiser au sein d'une pensée racialisante alors dominante.

¹⁵⁶ REGIS, Emmanuel, *Précis de psychiatrie*, 5^{ème} édition, Doin, Paris, 1923, p. 2.

¹⁵⁷ CAZANOVE, Franck, « Memento de psychiatrie coloniale africaine », *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, Larose, Paris, 1927, p. 133.

a) La « mentalité primitive » et « prélogique » des Africains

On attribue la paternité du terme de « mentalité primitive » à Lucien Lévy-Bruhl, un anthropologue français qui publie en 1912 *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures*. Par « primitif », il faut entendre les peuples premiers, c'est-à-dire les peuples que l'on pense inférieurement développés au niveau politique, social et technologique. Au XIX^{ème} et au XX^{ème} siècle, l'idée prédominante ayant pris son essor au siècle des Lumières est la suivante : les peuples « primitifs », en retard par rapports aux occidentaux, n'ont pu se développer car ils n'ont pas acquis la capacité de penser abstraitement – capacité cognitive qui serait donc l'apanage de la société occidentale, supérieurement développée. Par ailleurs, on pense également que la « race » est révélatrice des niveaux de civilisation. Tous les groupes suivraient la même trajectoire ascendante du singe à l'humain mais pas à la même vitesse ou avec le même résultat final.¹⁵⁸ La plupart des psychiatres du XIX^{ème} siècle pensent donc que le nombre d'affections mentales est proportionnel au degré de civilisation. Selon l'idée rousseauiste, la folie serait la conséquence du progrès moderne, le prix à payer pour être civilisé. Par conséquent, chez les peuples « primitifs », on pense que les affections mentales sont rares. Or sur le terrain, les médecins rencontrent autant de maladies mentales chez les Africains que les chez les Européens, si ce n'est plus. Une nouvelle théorie voit alors le jour. La mentalité est formée non pas par la culture – et donc le degré de civilisation – mais par la biologie. Les médecins commencent alors à différencier les peuples suivant leur mentalité, chacun ayant sa particularité et étant plus ou moins dotés de facultés intellectuelles. Pour autant, on ne considère pas que cet « état primitif » soit une fatalité. Au contraire, ce n'est qu'une étape dans le développement humain qui mènera, sans aucun doute, à la perfection européenne. Lévy-Bruhl parle alors de mentalité « prélogique ¹⁵⁹ », c'est-à-dire d'une mentalité antérieure à la logique dont sont dotés les Européens. Suivant cette conception, de nombreuses métaphores entre l'esprit primitif et celui des enfants européens voient le jour. En effet, « on compare volontiers le psychisme d'un indigène au psychisme de l'enfant européen » nous dit Cazanove, « on dit

¹⁵⁸ CONKLIN, Alice, « Introduction », *In the Museum of Man, Race, Anthropology, and Empire in France, 1850–1950*, Cornell University Press, Ithaca and London, 2013, p. 3-27.

¹⁵⁹ Bien que Lévy-Bruhl, critiqué sur cette notion, affirme que le prélogique ne signifie pas un stade inférieur à la pensée logique ; le mot suggère néanmoins une vision évolutionniste. Et c'est perçu comme tel qu'il a été utilisé à l'époque coloniale. Pour approfondir cette question, se reporter à MAURY, Liliane, « Lévy-Bruhl et La mentalité primitive », *Bibnum* [En ligne], Sciences humaines et sociales, <http://journals.openedition.org/bibnum/697>.

volontiers que l'indigène est un grand enfant ». A ceci près que « le psychisme de l'enfant est d'ordre évolutif et dynamique.¹⁶⁰».

Bercée par une cette pensée racialisante et influencée par les concepts de Lévy-Bruhl, la psychiatrie participe donc à la création d'une image de l'Africain type. Prenant sa source dans le terrain de la science médicale où le statut académique de celui qui parle tient lieu de garantie scientifique, le discours psychiatrique revêt donc un aspect important dans la définition raciale de l'Africain. En établissant une typologie des maladies mentales les plus fréquentes chez les indigènes, la psychiatrie renforce certaines conceptions raciales et politiques autant qu'elle les justifie.

b) La construction d'une folie africaine ?

Dans son *Mémento de psychiatrie coloniale africaine*, Cazanove décrit et étudie les maladies mentales qui occupent d'après lui une plus grande importance chez les Africains que chez les Européens¹⁶¹. On trouve en premier lieu « l'arriération mentale » qui se présente sous ses trois formes classiques (selon la nosographie du XX^{ème} siècle) soit « l'idiotie, l'imbécillité et la débilité mentale ». Pour autant, d'après Cazanove – et contrairement à la pensée psychiatrique prédominante – l'arriération mentale n'entre pas dans les « tares originelles des primitifs » car il s'agit surtout d'hérédité. La deuxième pathologie qui est citée, est quant à elle omniprésente chez les Africains. Il s'agit des « troubles psychiques de régression ». Afin d'expliquer cette récurrence d'une régression chez les Africains, l'auteur cite Adolphe Cureau, un médecin et administrateur colonial qui a théorisé la mentalité des « primitifs ». Pour Cureau, « il y a deux stades bien distincts dans la vie intellectuelle du Nègre ». Enfant, il est « aimable », « docile » et même « précoce » jusqu'à ses 10 ou 12 ans. Puis vient la puberté qui le métamorphose. Il y a « un brusque arrêt de développement [qui] s'opère et même une légère régression ¹⁶² » nous dit Cureau. Selon lui, le progrès intellectuel se ralentit, devient stationnaire puis va décroissant pendant une quinzaine d'années, avant que ne survienne « une décrépitude rapide ».

¹⁶⁰ CAZANOVE, Franck, « Mémento de psychiatrie coloniale africaine », *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, Larose, Paris, 1927, p. 151-152.

¹⁶¹ Tout le paragraphe suivant est basé sur ce *Mémento de psychiatrie coloniale africaine*. Tout au long de ce mémento, Cazanove cite des auteurs de son époque, qui l'ont influencé.

¹⁶² CUREAU, Adolphe, *Les sociétés primitives de l'Afrique Equatoriale*, Colin, Paris, 1912, p. 68.

Développement comparé de l'Intelligence chez le Nègre et chez l'Européen¹⁶³

(fig. 1) par deux courbes rapportées à un même système d'axes coordonnés; les années de la vie sont portées en abscisses; les ordonnées représentent le développement intellectuel, comme s'il était possible de lui assigner une valeur numérique.

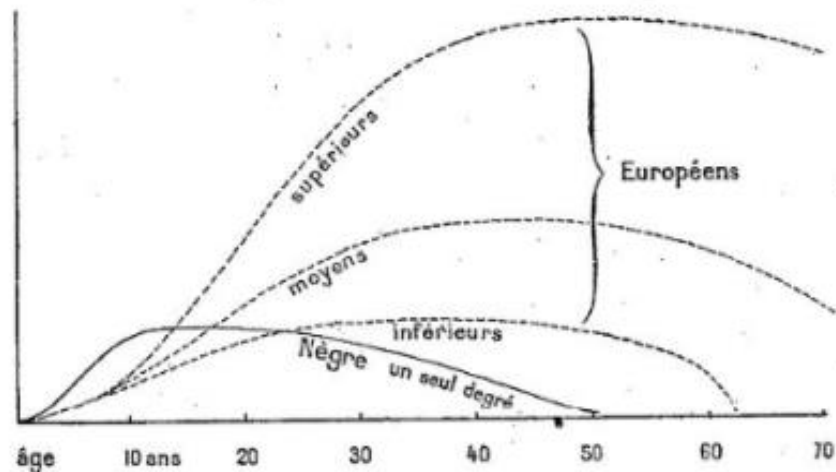


Fig. 1. — Développement comparé de l'intelligence chez le Nègre et chez l'Européen.

Comment donc comprendre cette régression ? Pour Cureau, l'explication est simple :

Nous constatons déjà, à notre époque, l'effet désastreux des procédés trop rapides d'éducation des Nègres [...] Car notre morale est trop élevée, trop pure, trop abstraite pour son intellect. De là, dans cet esprit dévoyé, une rupture d'équilibre, une absence de contrepoids qui souvent relèguent le noir, trop hâtivement civilisé, à un niveau moral inférieur à celui du sauvage de l'Afrique centrale. La cause en est à la rencontre dans ces âmes dissemblables des nôtres, de deux groupes d'éléments incompatibles.¹⁶⁴

A travers cette idée, présente chez tous les théoriciens coloniaux de la maladie mentale indigène, on constate le « développement d'une sous spécialité empirique en psychiatrie : l'étude des relations entre race et esprit¹⁶⁵ ». La psychiatrie, sous couvert de sa scientificité renforce l'idée déjà existante d'une mentalité primitive, mais qui plus est, l'utilise

¹⁶³ CUREAU, Adolphe, *Les sociétés primitives de l'Afrique Equatoriale*, Colin, Paris, 1912, p. 69.

¹⁶⁴ CUREAU, Adolphe, *Les sociétés primitives de l'Afrique Equatoriale*, Colin, Paris, 1912, p. 75.

¹⁶⁵ "The development of an empirically based sub-specialty within the psychiatric discipline for the study of relationship between race and mind", KELLER, Richard, *Colonial madness Psychiatry in French North Africa*, The University of Chicago Press, Chicago, 2007, p. 7.

pour créer une nouvelle maladie mentale africaine : l'Africain est aliéné par l'éducation européenne, éducation qui provoquerait donc un surmenage psychique.

Mais, au-delà de cette idée que l'éducation pousserait à la folie, se dégage l'idée plus généraliste d'une mentalité africaine qui ne pourrait supporter le trop plein civilisationnel apporté par la France, un choc des cultures qui rendrait fou. Ainsi, constate-t-on que les troubles psychiques de dépression sont fréquents chez les indigènes soustraits à leur milieu originel et plus encore chez ceux transférés en métropole.

*Comme les états de régression, il est vraisemblable qu'ils sont conditionnés par les nouvelles conditions de vie psychique dans lesquelles se trouve placé l'indigène sans aucune accoutumance antérieure, comme si un habitant de la Gaule primitive se trouvait transporté dans une des rues de la capitale.*¹⁶⁶

Par ailleurs, une nouvelle constatation émerge : les indigènes civilisés, assimilés ou qui exercent des professions intellectuelles sont les plus touchés par la folie. Dans son rapport sur « Les aliénés à Dakar en 1931¹⁶⁷ », Cazanove explique que parmi la catégorie des aliénés indigènes, fonctionnaires, militaires, détenus et condamnés ayant la qualité de citoyen français, on en dénombre 21 à l'Ambulance du Cap-Manuel. Cette catégorie nous dit Cazanove est intéressante car « elle contient particulièrement des intellectuels ». Trois cas de démence précoce sont détectés : sur une sage-femme, un ex-instituteur métis et un jeune indigène ayant reçu une partie de son éducation en France. De plus, trois cas de paralysie générale progressive sont relevés chez un lieutenant indigène, un comptable et un indigène ayant fait des études. Cette paralysie générale, la plupart du temps causée par la syphilis, était détectée grâce à l'étude du liquide céphalo-rachidien, prélevé grâce une ponction lombaire. Cazanove en conclut donc que les « trois malades à liquide céphalo-rachidien positif sont des éduqués [tandis que] les trois malades à liquide céphalo-rachidien négatif sont des tirailleurs venant de régions diverses de l'AOF et n'ayant reçu aucune éducation ».

Or il faut préciser que la paralysie générale n'est pas une maladie mentale anodine pour l'époque. « La paralysie générale est un thermomètre qui peut servir à mesurer le degré de cérébralisation d'une race¹⁶⁸ » nous dit le professeur Régis. Suivant la conception ancienne selon laquelle la fréquence des psychopathes est proportionnelle à leur degré d'avancement

¹⁶⁶ CAZANOVE, Franck, « Memento de psychiatrie coloniale africaine », *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, Larose, Paris, 1927, p. 156.

¹⁶⁷ CAZANOVE, Franck, « Les aliénés à Dakar en 1931 », *Bulletins de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'Ouest africain et de Madagascar*, tome 25, Masson, Paris, 1932, p. 846-852.

¹⁶⁸ REGIS, Emmanuel, *Précis de psychiatrie*, 5^{ème} édition, Doin, Paris, 1923, p. 161.

dans la civilisation, cette paralysie est conçue comme l'apanage des Européens civilisés. Or voilà qu'elle se déclare chez des indigènes que l'on pensait « immunisés » d'une telle maladie. Qui plus est, elle ne se déclare pas chez des Africains « sujets » de l'Empire français mais sur les assimilés ou métis qui sont censés avoir adopté la culture française. Elle se déclare chez les plus « évolués » des Africains, ceux-là mêmes qui, depuis la 1^{ère} Guerre Mondiale, ne cessent de réclamer plus de droits politiques. En effet, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, lors de la Grande Guerre, l'élite africaine assimilée, représentée par le député africain Blaise Diagne, ne cesse de réclamer plus d'égalité au nom de l'assimilation. Suite à une lutte permanente entre les assimilés et une Administration qui cherche à restreindre leurs droits, une nouvelle idéologie se fait jour au sortir de la guerre : l'association. Ce revirement politique colonial s'explique notamment par la théorie raciale qui affirme que les Africains sont trop différents des français pour atteindre leur niveau de civilisation et qu'ils ne sont donc pas assimilables. En réalité, pour Alice Conklin, la théorie associationniste reflète la peur de l'Empire français de voir les Africains mettre à mal la colonisation. Au sortir d'une guerre dévastatrice, la France traumatisée, baigne dans un climat de conservatisme et de xénophobie. Alors que les politiques pro-natalistes cherchent à régénérer une race française qui s'est largement affaiblie au cours de la guerre, on comprend la peur des hommes politiques français qui, face à la prise de pouvoir des originaires, y voient le risque de « noircir la France ¹⁶⁹».

La psychiatrie joue donc un rôle considérable dans ce contexte politique de l'entre-deux guerres, en créant une folie africaine qui résulterait d'un choc culturel entre deux niveaux de civilisation infranchissable. Ce faisant, elle justifie scientifiquement l'idée d'une limite à l'assimilation tout en fournissant des arguments imparables (la science fait autorité) à l'Empire pour légitimer ce revirement politique. Psychiatrie, théories raciales et politique semblent donc intrinsèquement liées voire indissociables, paradoxalement interdépendantes et s'alimentant réciproquement.

¹⁶⁹ COQUERY-VIDROVITCH, Catherine, « Nationalité et citoyenneté en Afrique Occidentale Française : Originaires et citoyens dans le Sénégal colonial », *The Journal of African History*, Vol. 42, No. 2, Cambridge University Press, 2001, p. 285.

c) La psychiatrie, un outil de l'impérialisme discréditant une « culture ancestrale africaine » ?

En 1887, un décret en AOF interdit l'exercice de la médecine, sous peine de sanction, à toute personne non diplômée d'une faculté de médecine française. Pour J.P Bado, cela reflète une volonté européenne de « marginaliser les pratiques sanitaires ancestrales. ¹⁷⁰» On peut donc transposer cette question dans le champ de la psychiatrie. Convaincu de sa supériorité scientifique et du bien-fondé de sa rationalité, la psychiatrie ne discrédite-t-elle pas une culture ancestrale africaine, basée sur des conceptions magico-religieuses ? S'inspirant des nouveaux écrits anthropologiques étudiant les Africains, comme les ouvrages de Maurice Delafosse *Le Haut Sénégal-Niger*, paru en 1912, ou encore *Les Nègres*, édité en 1922, les psychiatres cherchent à comprendre la mentalité africaine et ce qui la pousse à la folie. En se basant sur ces écrits ainsi que leurs propres observations, les Européens constatent que les Africains ont une conception animiste de la folie. Si l'un d'entre eux est « frappé » d'aliénation, c'est parce qu'on lui a jeté un mauvais sort ou qu'un esprit c'est emparé de lui. Cazanove, à travers ces constations, en arrive à la conclusion suivante :

*Les indigènes africains, par leurs dispositions naturelles, par leurs croyances, par l'importance des rites magico-religieux qui les entretiennent, seront naturellement portés à transposer leurs idées religieuses en idées religieuses morbides [...] ce qui s'observe à travers le délire de persécution religieux.*¹⁷¹

Ainsi Cazanove déclare-t-il que « le délire de persécution religieux de nos indigènes correspond, en effet, au délire de persécution, tel qu'il sévissait avec intensité dans nos pays au moyen-âge ». La « psychose systématisée religieuse », comme la qualifie Cazanove est donc l'apanage de l'Africain, cet être primitif qui, suivant la trajectoire de l'évolution, connaît la même folie que celle qui sévissait en France au Moyen-âge et qui a, depuis, disparu. Il remarque également que :

*Toutes les manifestations délirantes religieuses ou mystiques sont remarquables par leur contagion, leur diffusion épidémique. Les fameuses épidémies de folie religieuse du moyen-âge en témoignent. Mais la diffusion épidémique est le plus souvent due à l'action d'un meneur, d'un prophète, d'un délirant mystique de la période des grandeurs, atteint de délire prophétique, soit par exaltation d'une religion existante, soit par création d'une religion nouvelle.*¹⁷²

¹⁷⁰ BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 182.

¹⁷¹ CAZANOVE, Franck, « Memento de psychiatrie coloniale africaine », *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, Larose, Paris, 1927, p. 150.

¹⁷² *Op. cit.*, « Memento de psychiatrie coloniale africaine », p. 151.

Il est intéressant de constater que cette idée de délire religieux collectif également appelé « délire de sorcellerie » connaît alors un regain d'intérêt en métropole. Mais comment définir ce « délire de sorcellerie » ? Comme le rappelle Jeanne Favret Saada, l'ancienne définition de « délire » présuppose qu'il existe une réalité. La personne qui n'adhère pas à cette réalité est donc forcément dans le faux et « délirante »¹⁷³. Si l'on se rapporte à la définition de « déréelle, déréistique (pensée) » dans le *Manuel Alphabétique de psychiatrie* d'Antoine Porot, on y lit « construction en désaccord manifeste avec la réalité¹⁷⁴ ». Le délire de sorcellerie est donc une mauvaise conception de la religion basée, d'après Esquirol, sur « l'ignorance, les préjugés, la faiblesse et la pusillanimité de l'esprit humain¹⁷⁵ ». En reprenant cette conception, le docteur Wahl écrit en mars 1923, un article sur « les délires archaïques » publié dans *Annales médico-psychologiques*. Il introduit alors pour la première fois, dans la littérature psychiatrique, le terme de « délire archaïque », un délire qui ne toucherait que les faibles d'esprit et les incultes habitant dans des zones « archaïques », en l'occurrence la campagne, où l'évolution de la civilisation semble s'être arrêtée. Favret-Saada explique que ce terme de l'archaïsme est d'ailleurs renforcé dans les années 1925-1935 par l'utilisation de la notion de mentalité prélogique empruntée aux travaux de Lucien Lévy-Bruhl. En utilisant cette catégorie des « délires archaïques », les psychiatres font alors entrer la sorcellerie dans le cadre des psychoses collectives, expliquant ainsi les fameuses épidémies de folie religieuse du Moyen-âge. On comprend donc mieux pourquoi Cazanove tisse un parallèle entre les psychoses religieuses collectives et le Moyen-âge.

Ce faisant, il renforce l'idée d'un peuple africain primitif, mentalement et culturellement inférieur, mais il discrédite également les conceptions magico-religieuses des Africains qui constituent d'après lui des facteurs qui poussent inéluctablement les indigènes au « délire de persécution religieuse ».

¹⁷³ Ce paragraphe est majoritairement inspiré de FAVRET-SAADA, Jeanne, « L'aune de la vérité », Annexe IV, *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard, Paris, 1917, p.310-325

¹⁷⁴ Cité par FAVRET-SAADA, Jeanne, « L'aune de la vérité », Annexe IV, *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard, Paris, 1917, p. 313.

¹⁷⁵ ESQUIROL, Etienne, *Des maladies mentales*, Frénésie, Paris, 1989, p.516, cité par Cité par FAVRET-SAADA, Jeanne, « L'aune de la vérité », Annexe IV, *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard, Paris, 1917, p. 314.

II- Comment traiter l'aliénation aux colonies ?

Comprendre la pensée psychiatrique aux colonies ne peut se faire uniquement à travers l'histoire de la conception de la folie car si la psychiatrie établit la typologie des différentes maladies, c'est avant tout pour les guérir. La pensée psychiatrique englobe donc également la théorisation des soins et des traitements à apporter aux patients. Par ailleurs, si aucun asile ni hôpital psychiatrique ne voit le jour, nous avons constaté que les études émises à ce propos sont nombreuses. L'emplacement, la construction, l'aménagement de l'asile sont autant d'éléments qui sont débattus au sein des écrits scientifiques. Comment donc penser le traitement des aliénés aux colonies ? Transpose-t-on simplement dans un nouveau cadre géographique et politique la médication métropolitaine ou réfléchit-on autrement ? La colonie n'est-elle pas dans l'imaginaire collectif un lieu délié des contraintes métropolitaines où l'on peut librement repenser et expérimenter des techniques nouvelles ?

A) L'asile, unique instrument de guérison ?

L'asile, cet « instrument de guérison » comme l'appelait Esquirol est en métropole le principal outil thérapeutique utilisé pour soigner les aliénés. Cependant, à peine sont-ils construits au XIX^{ème} qu'ils font déjà l'objet de nombreuses critiques. Certains psychiatres français commencent à émettre de sérieux doutes quant à l'efficacité asilaire et la pratique psychiatrique en France. Comme le souligne Claude Quétel, « on s'aperçoit vite que l'asile, cette thérapeutique institutionnelle qui devait à elle seule « être » le traitement moral, est devenu, par une sorte de logique interne perversie, un instrument, non plus de guérison comme le proclamait Esquirol, mais de fabrication d'incurables.¹⁷⁶ ». Face à ce constat d'échec, plusieurs asiles « expérimentaux » voient le jour. On veut dès lors privilégier la liberté à l'isolement, en plaçant notamment les aliénés dans des foyers nourriciers à la campagne ou dans des asiles communaux. Cependant, on constate rapidement, l'échec de ces expériences et une nouvelle idée émerge : l'asile agricole.

¹⁷⁶ QUETEL, Claude, *Histoire de la folie, De l'Antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2015, p. 316.

a) L'asile agricole, une prédilection coloniale ?

Lorsqu'en 1912, le Ministre des Colonies Albert Lebrun propose la construction au Sénégal d'un asile agricole, l'idée n'est pas nouvelle. En France, pour ne citer qu'un exemple, l'asile agricole de Montbellet en Saône-et-Loire existe déjà depuis 1840. L'asile agricole consiste donc à être pourvu non pas de cour commune mais d'une ferme, dans laquelle les aliénés peuvent travailler. On pense alors que faire travailler l'aliéné à l'extérieur, à l'air libre, lui permet de recouvrer une certaine force physique et mentale. Le travail agricole serait donc un outil thérapeutique efficace. Pour autant, comment comprendre ce qui peut motiver l'Empire français à construire ce type d'asile bien particulier ?

Tout d'abord, il faut rappeler le contexte historique. En 1912, le « Rapport sur l'assistance aux aliénés des colonies » de Henri Reboul et Emanuel Régis dénonce certes l'inexistence d'une Assistance psychiatrique aux colonies mais elle dénonce également le retard de l'Empire français par rapport aux autres colonies. On considère alors que les Indes Néerlandaises, avec leurs trois asiles à Java, sont à la pointe de la psychiatrie aux colonies. Et il s'avère que ces trois asiles sont des établissements agricoles dont l'efficacité a, semble-t-il, été prouvée. Il s'agit donc de s'en inspirer tout en comblant son retard. Mais quels avantages offrent donc ces asiles agricoles ? Pour Cazanove, l'asile agricole permet d'allier thérapeutique et autosuffisance. Quels sont donc ces bienfaits thérapeutiques ? Dans un « compte rendu des travaux du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française tenu à Bruxelles du 1^{er} au 8 août 1924 », Cazanove explique que la construction d'un tel asile permettrait de se conformer aux conditions « d'adaptation biochimiques », c'est dire aux propriétés du sol où le malade va habiter et se nourrir. Il doit s'agir :

D'un milieu pauvre ou fruste qui sollicite l'effort personnel de l'individu ; absence de toxiques physiques ou psychiques ; richesse en air pur ; possibilité d'obtenir des éléments alimentaires frais et primitifs¹⁷⁷.

Mais, si l'asile agricole est un excellent « moyen de distraction et de traitement », cela est également avantageux « au point de vue budgétaire, l'aliéné, par son travail, coopère à la production de son alimentation, d'où allègement des dépenses ». Selon lui, « l'aliéné indigène,

¹⁷⁷ CAZANOVE, Franck, « Compte rendu des travaux du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française tenu à Bruxelles du 1^{er} au 8 août 1924 », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n°22., Imprimerie nationale, Paris, 1924, p. 367.

homme ou femme, est susceptible d'être utilisé pour des travaux de toute nature ; travaux agricoles à l'extérieur, travaux d'entretien, de buanderie, de lingerie, etc... à l'intérieur. ¹⁷⁸»

Cela pose d'ailleurs la question d'une utilisation des aliénés comme force manuelle. S'agit-il de les faire travailler uniquement dans le but d'alléger la colonie d'un poids financier et de permettre à l'asile d'être autonome ? Ou bien s'agit-il une fois encore d'utiliser les indigènes pour mettre en valeur les colonies ? Il est difficile de répondre à cette question car les sources manquent à ce sujet. Néanmoins, on peut supposer que le docteur Cazanove est poussé par une réelle préoccupation quant au bien-être de l'aliéné ; ne cessant d'affirmer au long de ses écrits que les aliénés sont avant tout des malades qu'il faut traiter comme tels et non pas enfermer comme de dangereux criminels.

Certes, l'asile agricole constitue un asile spécifique car il se démarque de l'asile classique où « les agents généraux de la thérapeutique psychiatrique se résument dans la méthode connue sous le nom d'isolement ¹⁷⁹» nous dit le professeur Régis. Néanmoins, pour reprendre l'étymologie première du mot *asulon* en grec, l'asile reste ce « lieu inviolable » où l'on est enfermé et d'où l'on ne peut sortir librement. Faut-il donc en déduire qu'aux colonies, l'asile est l'unique instrument de guérison ?

b) L'assistance familiale : une proposition alternative ?

Franck Cazanove est probablement le médecin français qui théorise le plus la psychiatrie coloniale¹⁸⁰. Il établit une typologie comparative des différentes maladies mentales. Il dénonce avec virulence le mauvais traitement infligé aux aliénés et prend activement part aux débats concernant la construction de l'asile prévu au Sénégal. Enfin, il est également celui qui propose d'ajouter au système d'assistance à 2 degrés préconisé par Régis¹⁸¹, une assistance familiale. Cette assistance familiale, comme son nom l'indique, consiste à confier l'aliéné « doux » – c'est-à-dire un aliéné ne présentant aucun danger pour lui-même ou les autres – à sa famille, afin que celle-ci s'en occupe. On pense à cette époque que l'assistance familiale est extrêmement bénéfique pour le malade. Pris en charge par sa famille, l'aliéné est dans un environnement qui lui est familier et peut, soit mener une vie d'oisiveté, soit participer à la vie

¹⁷⁸ CAZANOVE Franck, Rapport sur le projet d'un asile d'aliénés, 1931, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

¹⁷⁹ REGIS, Emmanuel, *Précis de psychiatrie*, 5^{ème} édition, Doin, Paris, 1923, p. 984.

¹⁸⁰ Cette constatation se base sur le corpus de sources étudié qui n'a pas prétention à être exhaustif.

¹⁸¹ Pour rappel, le 1^{er} degré concerne les « psychopathes aigus », dont la folie le plus souvent passagère ne nécessite pas de prise en charge particulière. Ces aliénés sont traités dans les formations sanitaires au même titre que les autres malades. Le 2^{ème} degré concerne les « psychopathes chroniques » qui présentent un danger pour l'ordre public ou la sécurité et doivent donc être isolés.

collective, en travaillant aux champs par exemple. Cette assistance est traditionnellement pratiquée en France.

Aux colonies, l'assistance familiale n'est pas une idée révolutionnaire car elle existe déjà chez les Africains. Selon leur « croyance animiste », l'aliéné est un homme possédé par un esprit qui, de ce fait, inspire un mélange de pitié et de respect. Il est assisté par sa famille qui lui fournit son alimentation et il participe aux travaux domestiques. « En somme, rien de bien différent que ce que l'on voit dans certains de nos villages d'Europe ¹⁸² » nous dirait Cheneveau. Or, si le malade devient violent ou s'il « commet une infraction aux mœurs, aux coutumes, aux superstitions locales, un délit ou un crime », il est alors « enfermé dans une case ou attaché à un poteau et laissé le plus souvent sans soins, sans nourriture. » Enfin, si son état ne s'améliore pas, il est enchaîné dans sa case, sous-alimenté et entame un « acheminement progressif vers la mort par dénutrition. ¹⁸³ ».

Alors que cette maltraitance est vivement critiquée et dénoncée par les médecins, comment comprendre la proposition de Cazanove d'intégrer dans la législation cette assistance familiale ? La subtilité réside dans la citation suivante :

*Peut-être serait-il possible toutefois de conserver, pour les aliénés reconnus calmes, après mûr examen, cette assistance familiale ou communale, peu coûteuse, en la localisant dans quelques villages de chaque province, pour la placer sous une étroite surveillance médicale et administrative.*¹⁸⁴

L'originalité de Cazanove consiste donc à placer l'assistance familiale sous « une étroite surveillance administrative et médicale ». Ce faisant, il propose d'établir aux colonies une mesure qui est pensée dans les années 1910 en métropole mais qui n'est pas concrétisée : celle du « devoir d'assistance ». Ce devoir qui, pour le bien des aliénés, se propose d'établir des contrôles réguliers afin d'éviter toute maltraitance familiale, inspire sûrement Cazanove qui voit peut-être aux colonies un endroit fertile pour réaliser ce projet. Pour autant, on ne sait si cette mesure, d'ailleurs qualifiée de « pis-aller » par Etienne Peyre¹⁸⁵, a été appliquée au

¹⁸² CHENEVEAU, Dr, « Notes psychiatriques au Togo. Législation, aperçus cliniques 1932-1934 », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 35, Imprimerie nationale, Paris, 1937, p. 432-463.

¹⁸³ Toutes les citations sont extraites de CHENEVEAU, Dr, « Notes psychiatriques au Togo. Législation, aperçus cliniques 1932-1934 », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 35, Imprimerie nationale, Paris, 1937, p. 432-463.

¹⁸⁴ CAZANOVE Franck, Rapport sur le projet d'un asile d'aliénés, 1931, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

¹⁸⁵ PEYRE, Etienne, « Les problèmes de l'Assistance mentale aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 31, Imprimerie nationale, Paris, 1933, p. 453.

Sénégal. Certes, le lieutenant-gouverneur Angoulvant semble prendre en compte les principes de protection préconisés par Cazanove, lorsqu'il écrit que :

*Les coutumes indigènes prévoient assez généralement que les aliénés soient confiés à la garde de leur chef de village [...] disposition dont l'exécution serait assurée sous le contrôle des commandants de cercles et Chefs de poste.*¹⁸⁶

Pour autant, rien n'indique que ce contrôle des commandants de cercles et chefs de poste n'ait été effectué. Néanmoins, qu'elle ait été effective ou non, cette mesure de protection des aliénés introduite par Cazanove prouve que la pensée psychiatrique coloniale, telle un miroir réfléchissant, se conçoit en parallèle de la psychiatrie métropolitaine. A la différence près que, si en métropole les réformes psychiatriques se heurtent à des institutions conservatrices, aux colonies, à priori, rien n'empêche leur réalisation.

B) La prophylaxie mentale, une nouvelle conception de la psychiatrie, expérimentable au Sénégal ?

Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre précédant, au sortir de la Première Guerre mondiale, la psychiatrie se redéfinit sous l'impulsion d'Edouard Toulouse. Véritable chef de file, ce dernier crée en 1920 la Ligue d'hygiène mentale dont la fonction première est de prévenir la folie. Ce faisant, la Ligue souhaite moderniser une psychiatrie qui plus de 80 ans plus tard, se base toujours sur la loi de 1838. Pour Toulouse, la psychiatrie stigmatise les patients plus qu'elle ne les soigne. En internant les malades sous le terme de « psychopathologie chronique » et donc de folie incurable, elle ne fait que se débarrasser d'eux en les envoyant dans un mouiroir, au sens propre comme au sens figuré. Les conditions d'hygiène déplorables, le surpeuplement et le taux de mortalité élevé ne sont pas l'apanage des colonies. En créant le premier service ouvert en 1921 à l'hôpital Sainte-Anne – une annexe de l'hôpital psychiatrique où les patients ne sont pas soumis à la loi de 1838 – Toulouse opère une véritable révolution. Pour autant, comme le rappelle Claude Quétel « cette initiative va rencontrer résistances et indifférence. Avant la Seconde Guerre mondiale, rares seront les asiles [...] qui se lanceront

¹⁸⁶ Lettre du gouverneur Angoulvant adressée aux gouverneurs des colonies et commissaires du gouvernement général des territoires de l'Afrique Occidentale Française, 19 juillet 1916, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série H26, 14miom 1130, ANOM.

dans l'aventure.¹⁸⁷ ». Mais si la conception de la prophylaxie mentale passe inaperçue en France, aux colonies, elle rencontre un succès considérable.

a) « Mieux vaut prévenir que guérir »

Mieux vaut prévenir que guérir, voilà qui semble parfaitement résumer la Ligue d'hygiène mentale coloniale, créée en 1924. Appuyée par un arrêté ministériel du 25 septembre 1925 qui met en place une Commission consultative d'assistance psychiatrique et d'hygiène mentale coloniale, la prophylaxie mentale, qui trouvait si peu d'adeptes en France, trouve aux colonies un terrain d'action privilégié. En se basant sur l'idée émise par Toulouse que la folie est, dans la majorité des cas, une maladie curable et évitable, la psychiatrie coloniale cherche à différencier les maladies chroniques des psychopathies aiguës, les maladies curables des incurables. Mais comment donc effectuer cette distinction ?

Comme nous l'avons vu, dans l'étiologie des maladies mentales tropicales, les maladies toxi-infectieuses, telles que la trypanosomiase ou le paludisme, occupent une place importante. La prophylaxie mentale se base donc, en premier lieu, sur la détection des maladies infectieuses, détection réalisable grâce à l'analyse microbiologique du sang et du liquide céphalo-rachidien. Cazanove préconise ainsi dans son « Mémento de psychiatrie coloniale africaine » l'analyse microbiologique systématique chez toutes les personnes suspectées d'aliénation, ce qui permettrait d'éviter la confusion dramatique entre aliénés et personnes toxi-infectées, entre malades incurables et malades curables. Si « côtoyer la folie appelle la folie ¹⁸⁸ », alors on évite aux malades infectés de sombrer réellement dans la démence chronique. C'est d'ailleurs suivant cette visée prophylactique que Cazanove, dans son *Rapport sur le projet d'un asile d'aliénés*, propose de construire dans l'asile un pavillon d'admission, annexé d'un laboratoire. Ce pavillon d'admission devait permettre aux médecins d'établir un diagnostic précis afin de rediriger correctement les aliénés dans les différents services qui sont prévus à cet effet¹⁸⁹. Installer un laboratoire sous-entend donc que les diagnostics doivent être à la fois mentaux et physiologiques.

Si la prophylaxie mentale rencontre un si grand succès aux colonies, c'est aussi parce que l'idée d'une influence des maladies toxi-infectieuses sur l'aliénation n'est pas nouvelle.

¹⁸⁷ QUETEL, Claude, *Histoire de la folie, De l'Antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2015, p. 320.

¹⁸⁸ *Opus citatum*, QUETEL, p. 296.

¹⁸⁹ Cazanove propose une répartition selon les types de folies. Suivant que le malade soit doux ou dangereux, il logera dans des dortoirs communs ou bien dans une unité spécialement conçue pour les aliénés agités. Si le patient a une crise de violence, il sera isolé dans un pavillon. Pour autant, Cazanove est catégorique : ce pavillon ne doit aucunement s'apparenter à une prison, et n'être utilisé que pour calmer l'aliéné.

Néanmoins, en proposant un dépistage systématique chez les aliénés, les médecins cherchent à faire de la psychiatrie une science qui guérit. Il faut en effet rappeler qu'à cette époque, la psychiatrie a conscience de son évolution. Régis en témoigne dans son *Précis de psychiatrie*, destiné à la formation des psychiatres :

*La psychiatrie a cessé d'être un pur chapitre de la philosophie. Elle est maintenant et elle sera de plus en plus une branche à la fois psychologique, clinique, anatomique et sociologique de la science médicale, ou, pour mieux dire, de la biologie.*¹⁹⁰

Mais la prophylaxie mentale ne passe pas uniquement à travers les recherches cliniques permettant de diagnostiquer les maladies infectieuses. Comme son nom l'indique, il faut également prévenir l'apparition des maladies mentales aux colonies. Il faut s'attaquer aux racines mêmes du mal, en luttant contre l'alcoolisme ou tout autre usage de stupéfiants, mais surtout en éliminant toute une catégorie de sujets de la vie coloniale : les aliénés européens qui voient en la colonie un terrain vierge de toute contrainte et où il est possible de donner libre cours à ses pulsions. Cazanove est très clair sur ce point :

*Il faut sélectionner l'Européen fonctionnaire, civil et militaire, au moment de son recrutement. Si le contrôle de la validité mentale n'apparaît pas encore comme possible au recrutement, avant le premier départ colonial, du moins est-il souhaitable que tout individu ayant présenté des troubles mentaux au cours d'un séjour colonial fasse toujours l'objet d'un rapport spécial, avec mise en observation en France au cours de son congé, pour qu'il y soit statué sur son aptitude psychique à servir aux colonies.*¹⁹¹

Mais qu'en est-il pour les Africains ? Quelles sont les mesures prophylactiques à adopter, outre celle du dépistage systématique des maladies infectieuses ?

b) « L'œuvre d'assainissement mental » : une psychiatrie au service de la mission colonisatrice

Pour comprendre cette idée de prophylaxie mentale chère à Toulouse, il faut la recontextualiser. Suite à une guerre qui a privé la France de la moitié de sa population, la métropole est traumatisée. Nous avons vu que, profitant de ce climat d'inquiétude et de désillusion, les législateurs cherchent à promulguer des lois pro-natalistes ainsi que des mesures

¹⁹⁰ REGIS, Emmanuel, *Précis de psychiatrie*, 5^{ème} édition, Doin, Paris, 1923, p. 5.

¹⁹¹ CAZANOVE, Franck, « Memento de psychiatrie coloniale africaine », *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, Larose, Paris, 1927, p. 177.

d'hygiène sociale censées régénérer une race française. Pour Toulouse cependant, la régénération de la race française passe également à travers sa santé mentale :

L'effort est général et l'avenir de la race française y est spécialement intéressé, étant donné l'empreinte profonde que tant d'années de luttes ont laissé sur la mentalité des générations qui y ont pris part. En nous engageant dans cette voie, nous ferons œuvre féconde, car, comme le dit le docteur Toulouse, en manière de conclusion, « l'homme moderne vaut et vaudra de plus en plus par le cerveau. »¹⁹²

La fonction de la Ligue d'hygiène mentale est donc claire. Parce que « l'intégrité psychique » est la « condition essentielle de toute activité sociale. [...] en ce qui concerne le « rendement » d'un individu, élément de prospérité nationale [...] ¹⁹³», il faut donc la préserver, ou l'améliorer !

Parce que les maladies mentales africaines sont causées par « leurs prédispositions primitives » nous dit Paul Gouzien, il faut donc accomplir chez eux « l'œuvre d'assainissement mental ¹⁹⁴ ». Mais comment donc « hâter le mouvement d'émancipation intellectuelle et morale des races indigènes » se questionne Gouzien ? Pour Cazanove la solution est la suivante :

C'est surtout à l'école que l'on pourra faire l'éducation psychique de l'Indigène, le débarrasser de ses préjugés superstitieux et magico-religieux, de ses interdictions sacrées qui sont de véritables entraves à la liberté humaine. »¹⁹⁵

Ainsi retrouve-t-on l'idée classique que l'apprentissage des mesures d'hygiène physique et psychique doit s'effectuer avant tout à l'école. On pense alors que l'enfant peut être un puissant vecteur de la mission civilisatrice, un agent direct qui, en intégrant les nouvelles mesures d'hygiène physique et psychique, pourra les propager dans son foyer. Pour autant, cette volonté de prêcher la bonne hygiène à travers l'enseignement peut paraître paradoxale. Nous avons vu que la psychiatrie justifiait les troubles de régression mentale des indigènes par l'idée que l'éducation, trop élevée par rapport à leur niveau de développement, créait un choc cérébral. Cazanove insiste :

La pédagogie européenne n'est pas un article d'exportation, il faut la mettre au niveau de la capacité de leurs facultés et de leurs opérations psychiques, de leurs sentiments, de leurs passions, de leur sensibilité. Il ne faut pas, sous couleur de les instruire, en arriver à fausser le rouage ou à dissoudre leur cérébralité.¹⁹⁶

¹⁹² GOUZIEN, Paul, « L'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 25, Imprimerie nationale, Paris, 1927, p. 291.

¹⁹³ GOUZIEN, Paul, « L'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 25, Imprimerie nationale, Paris, 1927, p. 290.

¹⁹⁴ GOUZIEN, Paul, « L'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 25, Imprimerie nationale, Paris, 1927, p. 304.

¹⁹⁵ CAZANOVE, Franck, « Memento de psychiatrie coloniale africaine », *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, Larose, Paris, 1927, p. 176.

¹⁹⁶ *Op. cit.*, CAZANOVE, « Memento de psychiatrie coloniale africaine », p. 176.

Ne trouve-t-on pas à travers cette citation, les principes de la nouvelle doctrine associationniste prônée par le gouvernement où la politique coloniale, effrayée par l'émergence d'une élite assimilée contestataire, décide alors de coopérer avec les autorités locales et de respecter les institutions et coutumes locales ? Encore une fois, il semble que psychiatrie et politique, en se nourrissant réciproquement, sont indissociables l'une de l'autre.

CONCLUSION

Au cours de cette étude, nous avons donc cherché à comprendre pourquoi, alors que la politique sanitaire du Sénégal est l'une des plus développée de l'AOF, la question de la prise en charge des aliénés est restée dans une impasse législative jusqu'en 1938. Contrairement à notre idée première selon laquelle la santé mentale ne préoccupait qu'une poignée de médecins isolés et directement confrontés aux problèmes causés par le manque de législation adaptée, nous nous sommes rendu compte que les milieux décisionnels n'étaient pas indifférents à cette question. Au contraire, lorsque la Direction des Services sanitaires envoie à chaque colonie un questionnaire, afin de dresser un état des lieux complet de la situation des aliénés et aboutissant au rapport de Régis et Reboul sur « l'Assistance des aliénés aux colonies », il semble que cette question représente un réel souci sanitaire aux yeux de la direction. Pour autant, il faut néanmoins constater que cette question est continuellement reléguée au second plan ; la médecine coloniale étant dictée par des priorités sanitaires jugées plus urgentes. Les maladies endémiques et les épidémies forts nombreuses, ravageaient une population européenne qu'il fallait préserver, pour mener à bien la colonisation. Par ailleurs, affirmer que le Sénégal et ses centres urbains étaient à la « pointe de la technologie médicale », ne serait pas juste. Comme toutes les colonies, le Sénégal pâtit d'un manque de moyens et de personnel chronique. La psychiatrie, sous discipline d'une médecine coloniale préoccupée par les maladies endémiques en souffre doublement plus. Il faut également rappeler que les colonies attiraient peu les médecins, payés une misère et constamment exposés à un risque d'infection.

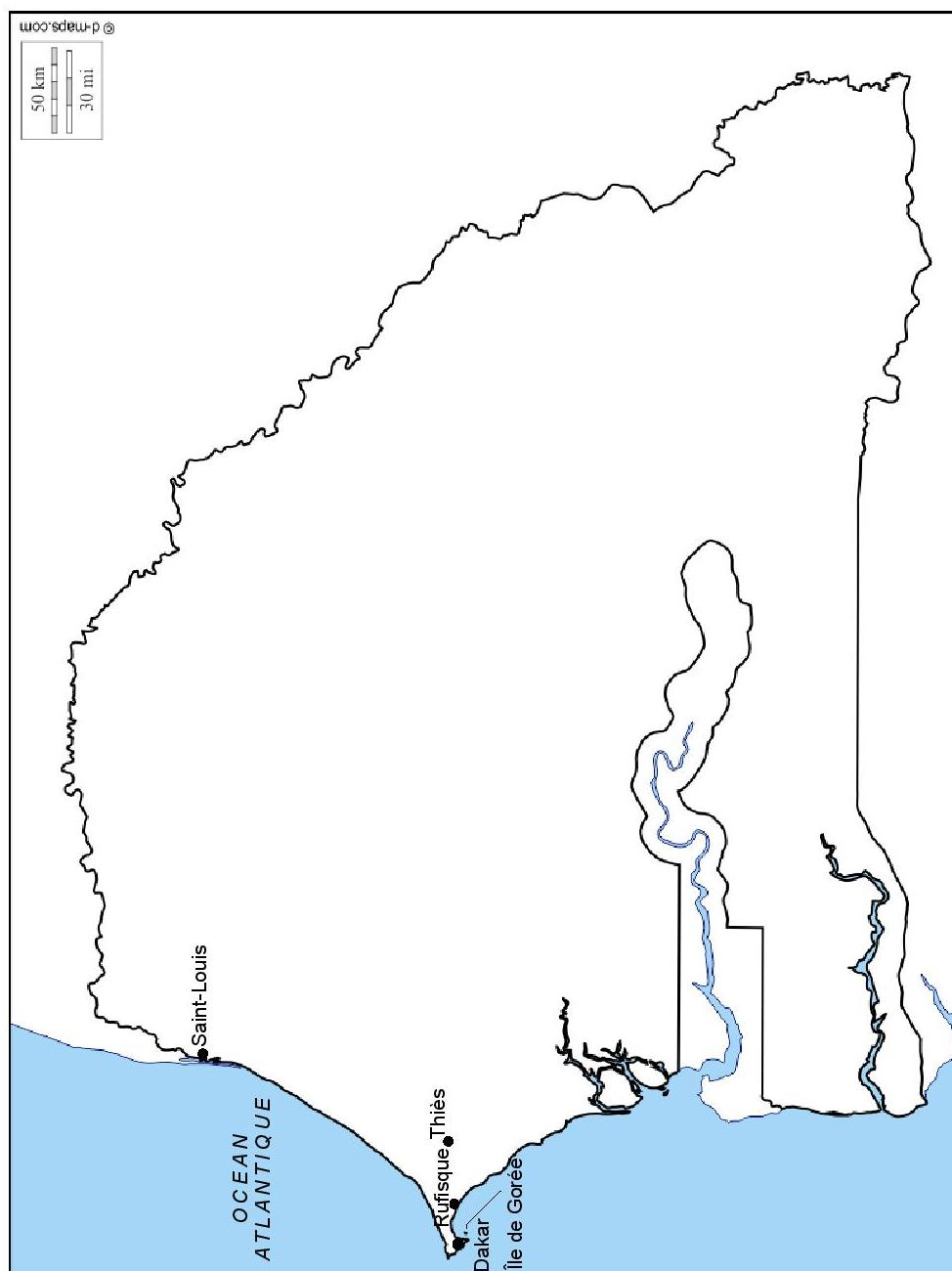
Néanmoins, si aucune mesure psychiatrique ne s'est concrétisée avant 1938, nous avons vu que les colonies étaient un terrain privilégié pour théoriser l'aliénation mentale. Bercée par une politique raciale, nous avons constaté que cette discipline pouvait constituer une véritable arme idéologique. Sous couvert de son caractère scientifique, la psychiatrie produit un discours qui n'est pas remis en question et fait autorité. Tantôt justifiant scientifiquement des postulats racistes infondés, tantôt en créant d'autres, la psychiatrie est un véritable outil politique. Nullement objective, elle fait perdurer des pensées racialisantes, et ce également à travers les traitements qu'elle propose. Dans tous les projets de construction d'asiles, la classification est la même. Il ne faut pas mélanger aliénés européens et aliénés indigènes. Mais elle crée également des disparités entre Africains. Il faut séparer les indigènes citoyens français, Métis ou assimilés, des indigènes sujets de l'Empire Français, qui sont moins évolués qu'eux. A la

question de savoir si la psychiatrie est au même titre que la médecine, un agent de la mission civilisatrice, il semble que l'on peut répondre oui. Avec la mise en place d'une prophylaxie mentale, il ne s'agit plus seulement de « sauver la race noire » physiologiquement. Il faut également sauver « l'esprit des Noirs », en les élevant intellectuellement afin que ceux-ci soient moins sujets à la folie.

Enfin, à savoir si la colonie a constitué un champ d'expérience privilégié pour la psychiatrie, il suffit de rappeler la mise en place de la prophylaxie mentale. Pensée en miroir de la métropole, la psychiatrie coloniale s'inspire des idées réformatrices qui émergent en France, et tente de les appliquer dans l'Empire français. La plus grande liberté d'action aux colonies semble être une aubaine pour les appétits dévorants d'une discipline qui souhaite ardemment se renouveler.

Annexe 1

LES QUATRE COMMUNES DU SENEGAL



Annexe 2

Formulaire de question envoyé par la Direction du Service de Santé de l'AOF au Docteur Morin, médecin aide-major de 2nde classe des Troupes coloniales

- 1) Législation locale : quelles sont les dispositions de la loi de 1838, promulguée dans la colonie ? Date et textes, si c'est possible, des arrêtés et décrets sur la matière.
- 2) Existe-t-il des établissements ou des locaux spéciaux aux aliénés Européens et indigènes ? Si oui description de ces locaux et plans côté si possible ; si non où les met-on, et qu'y a-t-il de prévu pour eux ?
- 3) Dispositions prises pour les évacuations sur France. Les navires ont-ils, de par la charte partie, des aménagements appropriés pour les aliénés, si oui, sont-ils suffisants en nombre et en dispositif ; les malades de cette sorte sont-ils toujours convoyés ?
- 4) Un certain nombre d'aliénés indigènes sont dirigés sur l'asile de MARSEILLE. Le chiffre en est-il limité ? Le médecin est-il libre de décider ce transfert ? Quel est le texte de la convention avec l'asile ?
- 5) Nombre annuel (moyen) d'aliénés européens dans la colonie. Statistique si possible, des dernières années avec diagnostic.
- 6) Nombre d'indigènes internés ou évacués pour aliénation. Approximation sur la fréquence de l'aliénation chez les Noirs. Principales formes qu'affecte chez eux la folie. Rôle de la syphilis et de l'alcool au point de vue de l'étiologie.
- 7) Enfin, toutes considérations d'ordre clinique sur les formes les plus fréquemment observées
A- chez les Européens.
B- chez les indigènes.

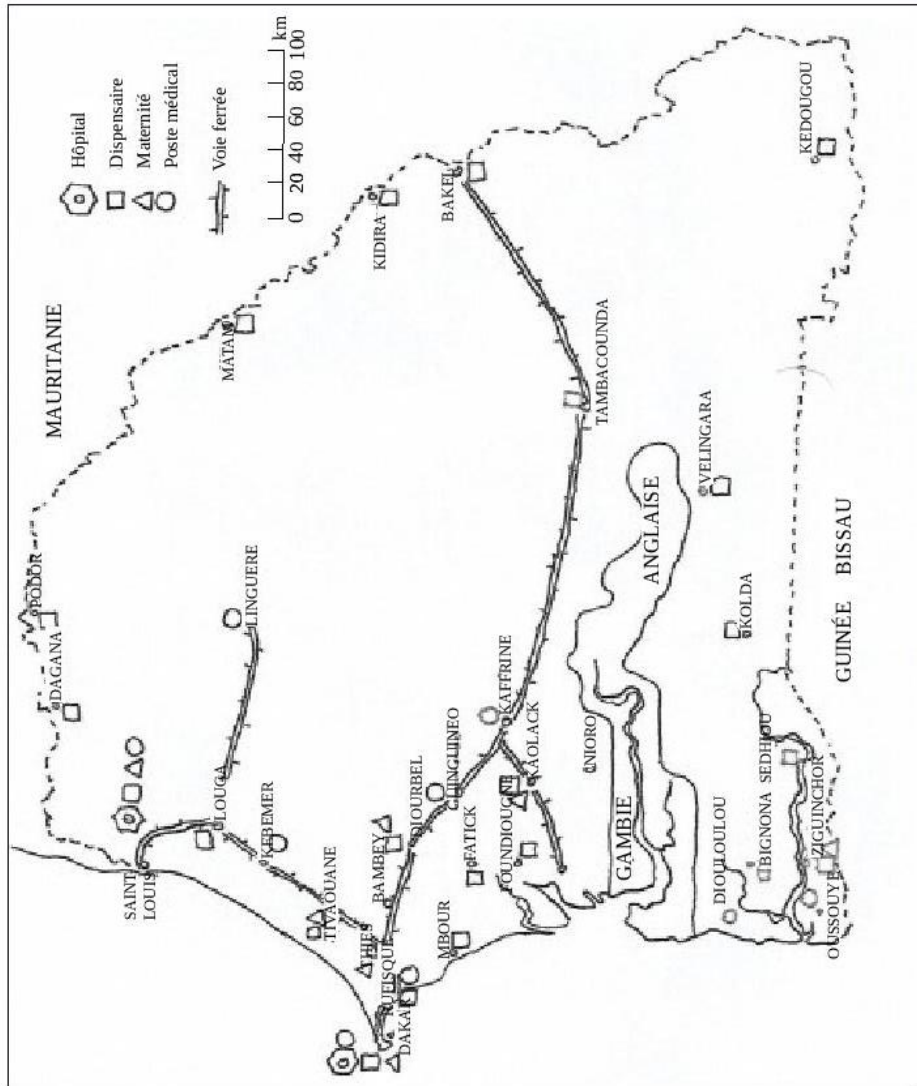
Causes, marche, terminaison.

- 8) Désiderata à formuler pour arriver à une organisation plus rationnelle de ce service au point de vue du personnel médical et infirmier ; du transfert en France des européens, de l'hospitalisation sur place des indigènes. A Marseille on ne les comprend pas, on les traite pas, ils meurent généralement de la « **TUBERCULOSE** »

MORIN, Dr, *Rapport sur les aliénés du Sénégal*, 18 décembre 1910, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

Annexe 3

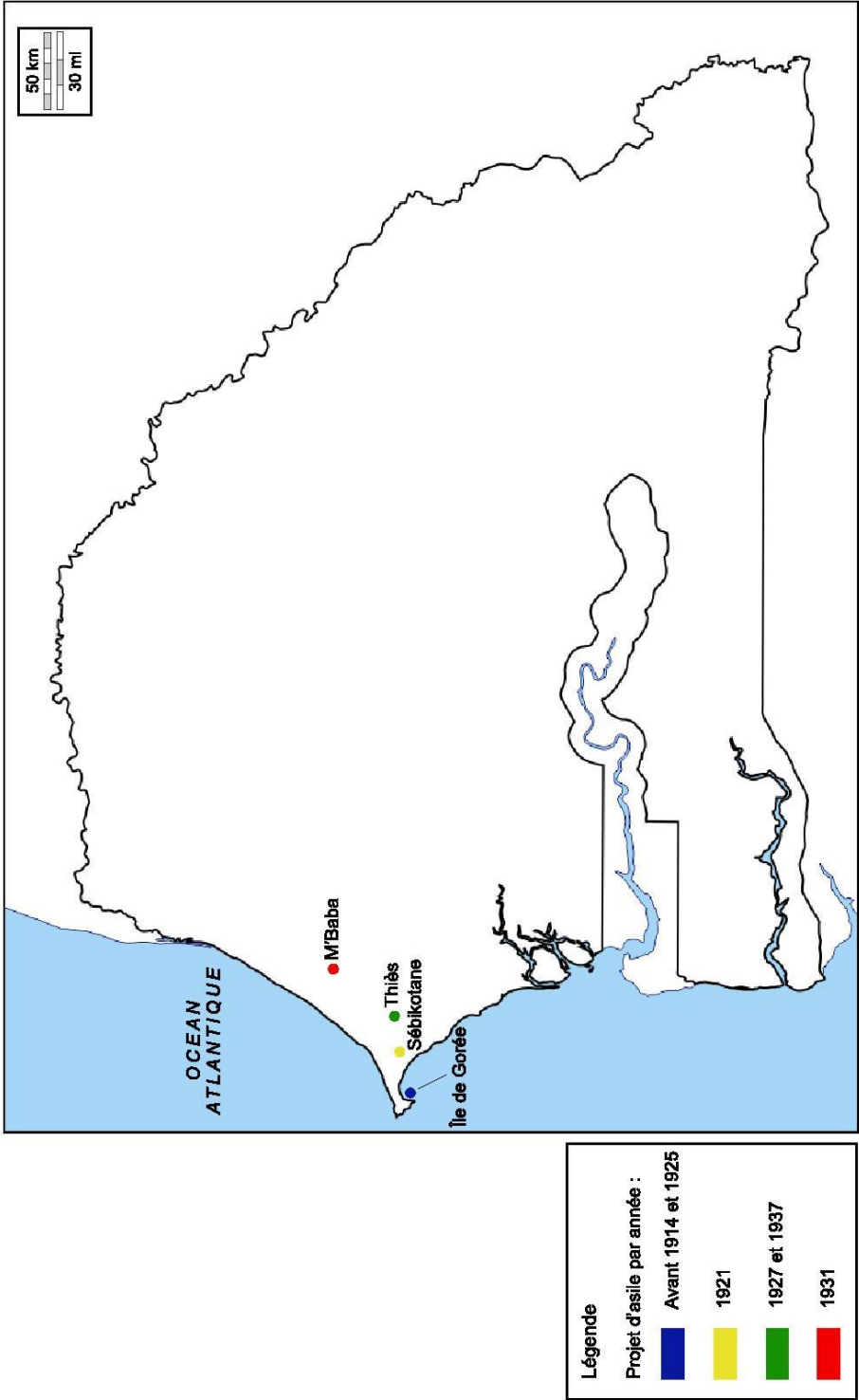
Postes médicaux au Sénégal en 1930



SENE, M, *Épidémies et politiques sanitaires au Sénégal de 1920 à 1960 : exemple de la fièvre jaune et de la maladie du sommeil (trypanosomiase)*, Mémoire de maîtrise d'Histoire, UCAD, 1990-1991, p. 87.

Annexe 4

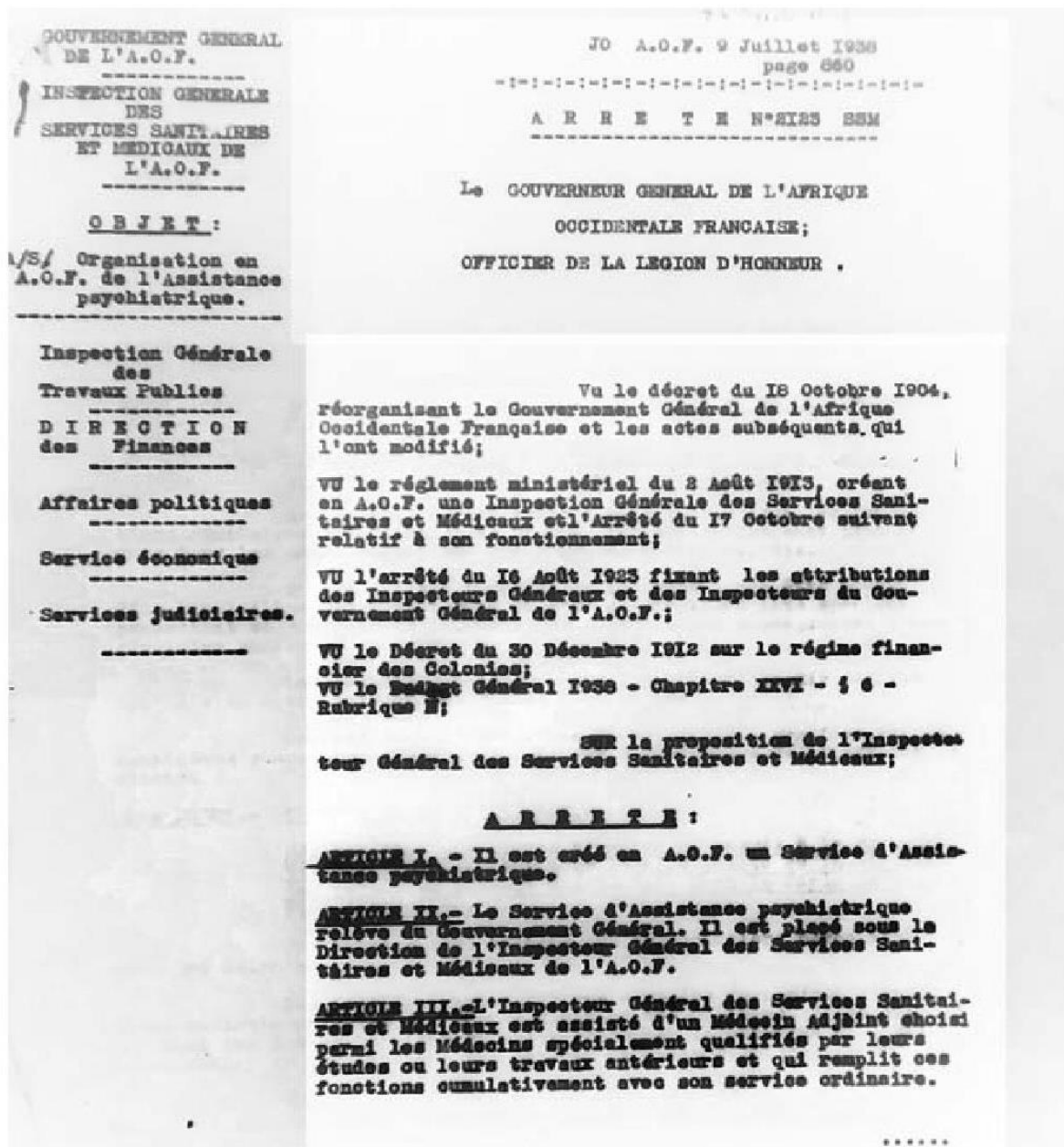
Projets de construction d'asiles au Sénégal n'ayant pas abouti



Annexe 5

Arrêté ministériel du 9 juillet 1938 créant un Service d'Assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française.

Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM



Il est chargé de la centralisation des renseignements, de l'établissement des statistiques, de la préparation des rapports, de l'étude du fonctionnement du service et des modifications éventuelles à y apporter.

ARTICLE IV .- Ce service dispose de moyens d'exécution :

1°: à l'échelon de la Fédération,

2°: dans chacune des Colonies du Groupe.

Les premiers relèvent directement de l'I.G.S.S.M.

Les seconds relèvent des Gouverneurs et des Chefs du Service de Santé dans les mêmes conditions que les Formations de l'Assistance Médicale.

ARTICLE V.- ECHELON LOCAL DES COLONIES DU GROUPE ET DE LA CIRCONSCRIPTION DE DAKAR.-

1er DEGRE.- ASSISTANCE MEDICALE.- Soins aux psychopathes aigus ou aux psychopathes chroniques en période aigue.-

Les malades seront traités en principe dans les Formations sanitaires des Colonies du Groupe; les admissions sont prononcées dans les mêmes conditions que pour les autres malades.

Chaque Hôpital Européen ou Indigène devra être pourvu d'un local d'isolement approprié et d'un ou plusieurs lits spéciaux permettant de contenir le malade et de prévenir les conséquences d'une éruption subite ou brutale.

Les malades guéris ou aptes à reprendre la vie sociale sont mis en exeat suivant les formes habituelles.

Les malades non améliorés après quelques semaines seront considérés comme chroniques et soumis aux dispositions du paragraphe suivant :

2ème DEGRE.- CONTENTION ET ASSISTANCE.-

Psychopathes chroniques d'emblée ou passés à la chronicité. Malades dangereux pour l'ordre public ou la sécurité des personnes pendant une période dont la durée ne peut être déterminée.

Ces malades sont dirigés sur les quartiers psychiatriques des Colonies.

Les quartiers psychiatriques sont des formations d'importance variable annexées aux Grands Hôpitaux des Colonies. Elles comprennent des locaux spéciaux capables d'assurer le maintien et l'hospitalisation de longue durée des malades de cette catégorie.

Elles sont situées à proximité des Hôpitaux mais non dans leur enceinte (rayon de quelques kilomètres), fonctionnement avec le même personnel,

.....

la même Direction et la même administration que ceux de l'Hôpital de rattachement. Elles sont entourées d'un mur et de dispositifs destinés à s'opposer aux évasions.

Les différences entre les Européens, les Originaires et les Indigènes sont les mêmes que celles qui sont pratiquées dans l'Hôpital de rattachement.

Les conditions d'admission et de sortie sont seules soumises à un régime spécial.

Les admissions sont prononcées par le Chef du Territoire ou son délégué sur le vu d'un certificat médical mentionnant que l'intéressé est dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes et qu'il doit être hospitalisé dans une formation spéciale le mettant hors d'état de nuire à autrui ou à lui-même.

Cette admission est provisoire.

En ce qui concerne les Indigènes, elle doit être confirmée au bout de quinze jours par la même autorité sur le vu d'un certificat de quinzaine établi par le Médecin, mentionnant la nécessité du maintien et après avis du Procureur de la République.

En ce qui concerne les citoyens français et les Européens, l'admission ne peut être rendue définitive. Le certificat de quinzaine doit conclure soit à une sortie immédiate soit à la nécessité d'une hospitalisation d'une nouvelle période de 2 semaines, soit à la nécessité d'une évacuation sur l'Hôpital psychiatrique de la Fédération.

La sortie ou l'évacuation est prononcée par le Chef du Territoire ou son délégué sur proposition du Médecin Chef de l'Hôpital de rattachement.

L'ordre de sortie mentionne soit la mise en exeat pure et simple si le malade est guéri, soit pour les Indigènes, la mise en surveillance dans le village d'origine, sous la garde du Chef du village ou de la collectivité à laquelle appartient l'intéressé, si le malade est susceptible de troubler l'ordre public ou si la possibilité d'une rechute peut être envisagée. Cette mesure conforme aux coutumes locales, peut être prise à la demande de la famille de l'intéressé ou à la demande du Médecin-Chef de l'Hôpital pour éviter l'encombrement de sa formation.

La surveillance à exercer est notifiée au Chef du village d'origine auquel le malade est remis sous escorte et son exécution contrôlée périodiquement par le Commandant du Cercle ou ses représentants (fonctionnaires de l'administration ou Médecins). Elle peut cesser par décision du Chef du Territoire sur demande du Commandant du Cercle et après avis ou proposition du Médecin.

Les comptes-rendus de surveillance à domicile ainsi que ceux du fonctionnement des quartiers psychiatriques, des Hôpitaux sont centralisés à la Chefferie du Service de Santé de la Colonie.

Il est créé un quartier psychiatrique au moins par Colonie. Toutefois, certaines Colonies auront la faculté à titre provisoire de fusionner leurs installations : Sénégal-Mauritanie- Dakar et Dahomey - Niger notamment.

Toutes les mesures concernant l'Assistance psychiatrique dans les Colonies sont soumises à l'approbation du Gouverneur Général.

Les Indigènes hospitalisés dans les quartiers psychiatriques d'une Colonie autre que leur Colonie d'origine, et dont le traitement paraît être de longue durée pourront être évacués directement sur les quartiers psychiatriques de leur Colonie d'origine. La décision d'évacuation sera prise par l'Inspecteur Général des Services Sanitaires et Médicaux, agissant par délégation du Gouverneur Général sur proposition des Gouverneurs.

ARTICLE VI. - HÔPITAL FÉDÉRAL.-

La Fédération de l'A.O.F. dispose d'un Hôpital psychiatrique fédéral.

Cet Hôpital est situé à THIES.

Il est dirigé par un Médecin Chef qui peut y être affecté spécialement ou être choisi parmi les Médecins en service à proximité et dans ce cas remplir cumulativement d'autres fonctions.

Le Médecin-Chef est assisté d'un surveillant chef Européen civil ou militaire hors-cadres chargé de la surveillance générale et de la Gestion de l'Hôpital.

L'Hôpital fonctionne au moyen de personnel de l'Assistance Médicale spécialement affecté.

L'Hôpital psychiatrique relève directement de l'Inspection Générale des Services Sanitaires et Médicaux.

Il reçoit les Européens, les Originaires du Sénégal, les Indigènes, civils et militaires des deux sexes.

Il a pour mission :

A. - Pour les Européens ayant leur domicile en Europe :

Soins immédiats, hospitalisation en attendant l'évacuation sur Europe ou pendant les manifestations aiguës des psychopaties.

B.- Pour les citoyens originaires de l'A.O.F. :

Hospitalisation et traitement et rééducation éventuelle.

.....

C.- Pour les Indigènes :

Réception des aliénés évacués de France.

Rééducation ou évacuations secondaires sur les quartiers psychiatriques des Colonies d'origine.

D. - Pour les militaires indigènes de la Défense :

Hospitalisation - Traitement - Rééducation et évacuation dans les mêmes conditions que les évacués de France.

COMPOSITION.- L'Hôpital psychiatrique fédéral comprend :

- des services généraux,
- des logements du personnel,
- un service d'admission,
- des services d'hospitalisation,
- des services de rééducation,
- des terrains de culture

éventuellement, il pourra être adjoint à la formation fédérale un ou plusieurs quartiers psychiatriques spécialement destinés au Sénégal, à la Mauritanie et à la Circonscription de DAKAR. Ces quartiers feront l'objet d'arrêtés spéciaux.

MODALITES D'ADMISSION.- Tous les malades sont reçus à titre payant. Le tarif de remboursement de la journée d'hospitalisation sera déterminée par arrêté spécial.

Les indigents sont traités aux frais de leur collectivité d'origine (colonie et commune éventuellement).

Les entrées ont lieu :

1/soit volontairement par admission directe ou par évacuation

2/soit d'office sur Décision du Gouverneur Général ou de son délégué . Les évacués provenant d'Europe ou de l'Afrique du Nord sont admis d'office sans décision spéciale.

Les admissions d'office sont confirmées après une quinzaine sur le vu d'un certificat médical proposant le maintien et après avis du Procureur de la République.

Les admissions volontaires peuvent être transformées en admissions d'office. Un malade pour lequel le maintien d'office n'a plus été jugé utile peut être conservé à titre volontaire.

SORTIES sont prononcées :

1°/ pour les malades admis volontairement : par le Médecin-Chef.,

2°/ pour les malades admis d'office : par le Gouverneur Général ou par l'Inspecteur Général des Services Sanitaires et Médicaux sur proposition du Médecin-Chef.

.....

EVACUATION.-

A/ sur France: opérées dans les mêmes conditions que pour les malades des services généraux et suivant la réglementation actuellement en vigueur.

B/ sur les quartiers psychiatriques des Colonies du Groupe par Décision de l'Inspecteur Général des Services Sanitaires et Médicaux agissant par délégation du Gouverneur Général sur proposition du Médecin-Chef.

CONTROLE.- Le Procureur de la République a le libre accès à tout moment de l'Hôpital psychiatrique fédéral. Il reçoit du Médecin-Chef tous renseignements ou communications qu'il juge utile de demander au sujet des malades hospitalisés d'office.

Un règlement spécial de l'I.G.S.S.M. approuvé par le Gouverneur Général fixera le fonctionnement du service intérieur de l'Hôpital psychiatrique et son effectif en personnel.

ARTICLE VII.- Le présent arrêté sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera./.

signé : M. DE COPPET

AMPLIATIONS :

Archives C.P.C.G.....	I
Département.....	I
F.O.....	I
Colonies du Groupe	8
Finances	I
Contrôle financier	I
Cabinet militaire	I
L.P.A.....	I
L.E.....	I
L.G.T.P.....	I
L.J.....	I
L.G.S.S.M.....	4

BIBLIOGRAPHIE

SOURCES

Archives Nationale d’Outre-Mer :

CAZANOVE, Franck, *Note sur l’Assistance des aliénés en A.O.F*, 1912, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

CAZANOVE, Franck, *Rapport sur le projet d’un asile d’aliénés*, 1931, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

CHENEVEAU, Dr, *Rapport sur la création d’un service d’assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française*, 1938, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1371, ANOM.

MORIN, Dr, *Rapport sur les aliénés du Sénégal*, 18 décembre 1910, Fonds Ancien A.O.F, Série H, sous-série 1H74, 14 miom 1370, ANOM.

Fonds Ancien AOF, Série H, sous-série H26, 14 Miom 1130, ANOM.

Ecrits scientifiques de l’époque :

Anonyme, « Compte rendu d’ouvrage, Le Régime des aliénés de Fernand Dubief », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n° 12, Doin, Paris, 1909, p. 692-693.

Anonyme, « Compte rendu de l’assistance des aliénés aux colonies tenu au Congrès de Tunis », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n°15, Doin, Paris, 1912, p. 644-647.

BONNAUD, Dr, « Essai sur les affections mentales chez les indigènes des troupes coloniales en France », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 30, Imprimerie nationale, Paris, 1932, p. 663-678.

BORREIL, Paul, *Considérations sur l’internement des aliénés sénégalais en France*, Thèse de médecine, Imprimerie de G. Firmin, Montane et Sicardi, Montpellier, 1908.

CAZANOVE, Franck, « La folie chez les indigènes de l’Afrique Occidentale Française », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n° 15, Doin, Paris, 1912, p. 884-887.

CAZANOVE, Franck, « Compte rendu des travaux du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française tenu à Bruxelles (1^{er} au 8 août 1924), *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n°22, Imprimerie nationale, Paris, 1924, p. 338-367.

CAZANOVE, Franck, « Mémento de psychiatrie coloniale africaine », *Bulletin du Comité d'études historiques et scientifiques de l'Afrique occidentale française*, Larose, Paris, 1927, p. 133-177.

CAZANOVE, Franck, « Note sur l'assistance des aliénés indigènes au Sénégal et en Afrique Occidentale Française », *Bulletins de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'Ouest africain et de Madagascar*, tome 21, Masson, Paris, 1928, p. 353-363.

CAZANOVE, Franck, « Note sur l'assistance des aliénés européens en Afrique Occidentale Française », *Bulletins de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'Ouest africain et de Madagascar*, tome 21, Masson, Paris, 1928, p. 429-434.

CAZANOVE, Franck, « Les asiles d'aliénés aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 28, Imprimerie nationale, Paris, 1930, p. 383-400.

CAZANOVE, Franck, « Les aliénés à Dakar en 1931 », *Bulletins de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'Ouest africain et de Madagascar*, tome 25, Paris, Masson, 1932, p. 846-852.

CAZANOVE, Franck, « L'enfance criminelle indigène », *Bulletins de la Société de pathologie exotique et de ses filiales de l'Ouest africain et de Madagascar*, tome 25, Masson, Paris, 1932, p. 852-854.

CHENEVEAU, Dr, « Notes psychiatriques au Togo. Législation, aperçus cliniques 1932-1934 », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 35, Imprimerie nationale, Paris, 1937, p. 432-463.

CUREAU, Adolphe, *Les sociétés primitives de l'Afrique Equatoriale*, Colin, Paris, 1912

GARROT, Dr, « L'aliénation mentale chez les Annamites », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n°15, Doin, Paris, 1912, p.396-397.

GOUZIEN, Paul, « L'Assistance psychiatrique et l'hygiène mentale aux colonies », *Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, n°25, Doin, Paris, 1927, p. 288-307.

MARTIN, Gustave, « Les expertises psychiatriques aux colonies », *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniale*, n°15, Doin, Paris, 1912, p. 724-732.

MARTIN, Gustave, « L'assistance médicale des aliénés en Afrique Equatorial Française », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n°15, Doin, Paris, 1912, p. 549-555.

PEYRE, Etienne, « Les problèmes de l'Assistance mentale aux colonies », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, n° 31, Imprimerie nationale, Paris, 1933, p. 447-499.

RAYNAU, Docteur « L'aliénation mentale dans l'armée au point de vue clinique et médico-légal », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, n° 14, Doin, Paris, 1911, p. 860-861.

REBOUL, Henri et REGIS, Emmanuel, « L'assistance des aliénés aux colonies », *Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXIIe session, Tunis*, Mason & Cie, Paris, 1912.

REGIS, Emmanuel, *Précis de psychiatrie*, 5^{ème} édition, Doin, Paris, 1923.

OUVRAGES GENERAUX

BADO, Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996.

BARUK, Henri, *La psychiatrie française de Pinel à nos jours*, Bibliothèque universitaire de France, Paris, 1967.

BÉGUÉ, Jean-Michel, « Genèse de l'ethnopsychiatrie, un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : le Rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912 », *Psychopathologie africaine*, n°28, Centre hospitalier de Fann, Dakar, 1997, p. 177-220.

CASTEL, Robert, *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuit, Paris, 1976.

CHARUTY, Giordana, *Le couvent des fous*, Flammarion, Paris, 1985.

COQUERY-VIDROVITCH, Catherine et MONIOT, Henri, *L'Afrique Noire, de 1800 à nos jours*, Presses universitaires de France, Paris, 1974.

COQUERY-VIDROVITCH, Catherine, « Nationalité et citoyenneté en Afrique Occidentale Française : Originaires et citoyens dans le Sénégal colonial », *The Journal of African History*, Vol. 42, No. 2, Cambridge University Press, Cambridge, 2001, p. 285-305.

COLLIGNON, René, « La construction du sujet colonial : le cas particulier des malades mentaux. Difficultés d'une psychiatrie en terre africaine », KAIL, M, et VERMES, G, *La psychologie des peuples et ses dérives*, Centre national de documentation pédagogique (CNDP), Paris, 1999, p. 165-181.

COLLIGNON, René, « Le traitement de la question de la folie au Sénégal à l'époque coloniale », BERNAULT F. (dir.), *Enfermement, prison et châtiment en Afrique. Du 19e siècle à nos jours*, Karthala, Paris, 1999, p. 227-257.

COLLIGNON, René, « Pour une histoire de la psychiatrie coloniale française. A partir de l'exemple du Sénégal », *L'Autre*, vol. 3, n° 3, La pensée sauvage, Grenoble, 2002, p. 455-480.

COLLIGNON, René, « La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : esquisse d'une historisation comparative », *Revue Tiers Monde*, n°3, Armand Colin, Paris, 2006, p. 527-546.

COLLIGNON, René, « Folie et ordre colonial », THIOUB, I. (dir.), *A.O.F, Réalités et héritages, sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, tome 2, Direction des Archives du Sénégal, Dakar, p. 1151-1164.

CONKLIN, Alice, *A mission to civilize, The republican idea of empire in France and West Africa, 1895-1930*, Stanford University Press, California, 1997.

CROWDER, Michael, *Senegal, A study of French assimilation policy*, Oxford University Press, Oxford, 1962.

DEACON, Harriet Jane, « Madness, race and moral treatment: Robben Island Lunatic Asylum, Cape Colony, 1846-1890 », vol. 7, no 26, *History of psychiatry*, England, 1996, p. 287-297.

DIOUF, Mamadou « Assimilation coloniale et identités religieuses de la civilité des originaires des Quatre Communes (Sénégal) », *Revue Canadienne des Études Africaines*, Vol. 34, No. 3, Taylor & Francis, 2000, p. 565-587.

DIOP, Angélique, « Les débuts de l'action sanitaire de la France en AOF, 1895-1920 : le cas du Sénégal », *A.O.F, Réalités et héritages, sociétés ouest-africaines et ordre coloniale, 1895-1960*, tome 2, Direction des Archives du Sénégal, Dakar, p. 1221-1227.

DUBIEF, Fernand, *Le régime des aliénés*, édition Jules Rousset, Paris, 1909.

FAVRET-SAADA, Jeanne, Annexe IV « L'aune de la vérité », *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard, Paris, 1917, p. 310-325.

HESSELING, Gerti, *Histoire politique du Sénégal, Institutions, droit et société*, Karthala, Paris, 1985.

JOHNSON, Wesley, *Naissance du Sénégal contemporain, Aux origines de la vie politique moderne (1900-1920)*, Karthala, Paris, 1991.

KELLER, Richard, « Madness and colonization: Psychiatry in the British and French empires, 1800-1962 », *Journal of Social History*, vol. 35, n° 2 University of Pittsburgh, Pittsburgh, 2001, p. 295-326.

KELLER, Richard, *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*, University of Chicago Press, Chicago, 2008.

MCCULLOCH Jock, *Colonial Psychiatry and the « African Mind »*, Cambridge UP, London, 1995.

NDAO, Mor, « Colonisation et politique de santé maternelle et infantile au Sénégal (1905-1960) », *French Colonial History*, Vol. 9, Michigan State University Press, Michigan, 2008, p. 191-211.

NGALAMULUM, Kalala, « Plague and Violence in Saint-Louis-du-Sénégal, 1917-1920 », *Cahiers d'études africaines, éditions de l'EHESS*, Paris, 2006, p. 539-565.

PAM, Adama Aly, *Colonisation et santé au Sénégal (1860-1960)*, L'Harmattan Sénégal, Dakar, 2018

POSTEL, Jacques et QUÉTEL, Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, Paris, 1994.

QUETEL, Claude, *Histoire de la folie, De l'Antiquité à nos jours*, Tallandier, Paris, 2015.

SADOWSKY, Jonathan, *Imperial Bedlam: institutions of madness in colonial southwest Nigeria*, University of California Press, Los Angeles, 1999.

VAUGHAN, Megan, "The madmen and the medicine men: Colonial Psychiatry and the theory of deculturation", *Curing their ills: Colonial power and African illness*, Stanford University Press, 1991, p. 100-129.

ZUCARELLI, François, « Le régime des engagés à temps au Sénégal (1817-1848) », *Cahiers d'Études Africaines*, Vol. 2, Cahier 7, EHESS, Paris, 1962, p. 420-461.

Webographie :

MAURY, Liliane, « Lévy-Bruhl et La mentalité primitive », *Bibnum* [En ligne], Sciences humaines et sociales, <http://journals.openedition.org/bibnum/697>

THURIN, Jean-Michel, LANTERI-LAURA, Georges, CAROLI, François, AYME, Jean « PSYCHIATRIE », *Encyclopædia Universalis*, <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/psychiatrie/>

TABLE DES MATIERES

Sigles et abréviations.....	3
INTRODUCTION	4
Étudier la psychiatrie coloniale.....	4
La singularité du Sénégal dans le champ de la psychiatrie coloniale.....	5
Source et méthodologie	8
Présentation.....	8
Limites et perspectives.....	10
Problématiques	12
Partis pris historiographiques et bibliographiques	13
La question de la théorie assimilationniste au sein des débats historiographiques	13
La psychiatrie coloniale et la question du « grand renfermement » au sein des colonies.....	16
Penser la psychiatrie à travers les questions de centres/périphéries caractéristiques d'une histoire coloniale	17

PREMIERE PARTIE

Contextualisation d'une colonie singulière et d'une médecine dictée par les priorités coloniales	21
---	----

I - Le Sénégal entre 1897 et 1938 : le paradoxe d'une colonie oscillant entre politique assimilationniste et répressions	22
---	----

A) De la mise en place d'une constitution métropolitaine à l'émergence d'une conscience politique sénégalaise (1897- 1914)	22
---	----

a) La politique assimilationniste et sa mise en place administrative dans les Quatre Communes	22
---	----

b) Les tentatives coloniales de déposséder les originaires de leurs droits politiques	24
---	----

B) La première Guerre mondiale et ses conséquences ou la cristallisation des peurs et des revendications (1914-1938)	25
---	----

a) La naissance d'un nationalisme sénégalais.....	25
---	----

b) L'association : la réponse politique d'un Empire qui prend peur ?	
--	--

II - La politique sanitaire au Sénégal ou l'évolution d'une médecine au service des priorités coloniales.....	30
A) 1900- 1924 : Les débuts de la médecine coloniale	30
a) Une médecine coloniale au service d'une politique de « mise en valeur »..	30
b) « Les années sombres de la médecine coloniale »	32
B) 1924 - 1938 : La redéfinition d'une politique sanitaire dirigée vers les Africains.....	37
a) « Faire du Noir » : la condition <i>sine qua non</i> de mener à bien la mise en valeur	37
b) La mise en place d'une médecine de masse dirigée vers les Africains	38

DEUXIEME PARTIE

La psychiatrie, grande absente de la médecine coloniale ? Historisation de la difficile prise en charge des aliénés au Sénégal (1897-1938)	42
---	-----------

I - « Tout est à faire puisqu'à peu près rien n'a été fait » (1897-1918)	43
---	-----------

A) Le rapport de Morin : un état des lieux alarmants de la situation des aliénés au Sénégal en 1910	43
--	-----------

B) Le temps des critiques.....	49
---------------------------------------	-----------

a) Le rapport sur « l'Assistance des aliénés aux colonies », une impulsion donnée à la psychiatrie coloniale	49
--	----

b) De la nécessité de supprimer le transport des aliénés sénégalais dans les asiles métropolitains.....	51
---	----

c) Promulguer les parties essentielles de la loi de 1838 au Sénégal	53
---	----

C) La Grande guerre et ses conséquences.....	55
---	-----------

II - Le temps de l'espoir et des attermoissements (1918-1938)	58
--	-----------

A) Après la guerre, le renouveau de la psychiatrie ?	58
---	-----------

a) La prophylaxie mentale.....	58
--------------------------------	----

b) Un leitmotiv permanent : le manque de personnel spécialisé	61
---	----

B) L'asile fantôme.....	63
--------------------------------	-----------

a) Une succession de projets avortés	63
b) La création d'un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française	66

TROISIEME PARTIE

Penser la psychiatrie aux colonies.....	69
--	-----------

I - L'aliénisme aux colonies : histoire d'une pensée raciale.....	70
--	-----------

A) La psychiatrie coloniale européenne.....	70
--	-----------

a) La colonie, un lieu propice à la folie ?.....	70
--	----

b) L'affection tropicale : un nouvel élément étiologique.....	74
---	----

B) La théorisation de la folie africaine ou la création d'une nouvelle image d'Épinal de l'Africain.....	75
---	-----------

a) La « mentalité primitive » et « prélogique » des Africains	76
---	----

b) La construction d'une folie Africaine.....	77
---	----

c) La psychiatrie, un outil de l'impérialisme discréditant une « culture ancestrale africaine » ?	80
---	----

II - Comment traiter l'aliénation aux colonies ?	82
---	-----------

A) L'asile, unique instrument de guérison ?.....	83
---	-----------

a) L'asile agricole, une prédilection coloniale ?.....	83
--	----

b) L'assistance familiale : une proposition alternative ?	85
---	----

B) La prophylaxie mentale, une nouvelle conception de la psychiatrie, expérimentable au Sénégal ?	87
--	-----------

a) « Mieux vaut prévenir que guérir »	87
---	----

b) « L'œuvre d'assainissement mental » : une psychiatrie au service de la mission colonisatrice ?.....	89
--	----

CONCLUSION	92
-------------------------	-----------

ANNEXE	95
---------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE	105
----------------------------	------------