

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) et les tréponématoses au Burkina Faso pendant la colonisation : importance et politiques sanitaires

Yacouba BANHORO*

Résumé

L'expansion du VIH/SIDA a mis la question des maladies sexuellement transmissibles (MST) devant les préoccupations sanitaires de nombreux pays africains. Mais l'impact de ces maladies dans le passé au Burkina Faso n'est pas connu car les historiens ne se sont pas encore intéressés à cette question. En couplant l'étude des tréponématoses non vénériennes (syphilis endémique et pian), qui sont des maladies infectieuses ayant des similitudes avec la syphilis vénérienne – ce qui peut entraîner des confusions entre elles –, cette étude, qui se veut historique et non biomédicale, essaie de montrer que ces différentes maladies posaient vraisemblablement des problèmes de santé publique dans le Burkina Faso colonial. Cela a nécessité la mise en œuvre de politiques sanitaires constituées de la lutte contre la prostitution après le début de la colonisation, et d'une lutte efficace contre les tréponématoses non vénériennes de 1956 à 1960. A cette dernière époque, la lutte contre les tréponématoses non vénériennes supplanta celle contre les MST dans laquelle les résultats n'étaient pas probants. Des signes d'amalgames entre la syphilis vénérienne et les tréponématoses non vénériennes étaient évidents depuis le début de leur notification. Alors les discours sanitaires sur l'importance donnée à la syphilis vénérienne, l'étendue générale de la prostitution au sein des femmes ainsi que son rôle dans la diffusion des MST furent biaisées par des erreurs scientifiques et des préjugés raciaux.

Mots-clés : MST, Gonococcie, Pian, Syphilis, Tréponématose.

Sexually Transmitted Diseases (STDs) and treponematoses in Burkina Faso during colonization : importance and health policies

Abstract

The expansion of the HIV/AIDS epidemic has put the matter of sexually transmitted diseases (STDs) at the front page of health concerns in many African countries. But the impact of STDs in the past in Burkina Faso is unknown because it has not yet been treated in historian's studies. By coupling the study of non-venereal treponematoses (endemic syphilis and yaws), which are infectious diseases having similarities with venereal syphilis – making confusions possible between them – this paper tries, in a historical perspective, to show that these different diseases seemingly caused public health problems in colonial Burkina Faso. They required health policies that consisted of the fight against prostitution after the beginning of the colonization, and an efficient fight against non-venereal treponematoses between 1956 and 1960. At that time, the fight against non-venereal treponematoses took over from the one against STDs in which positives results were not evident. Signs of confusions between venereal syphilis and non-venereal treponematoses were evident since the beginning of their notification. Scientific and racial biases were noticeable in the health reports about the high importance of venereal syphilis and about the high extension of prostitution at the general female population level and its role in the spread of STDs.

Keywords : STDs, Gonorrhoea, Syphilis, Yaws, Treponematoses.

* PhD, INSS-CNRST, O3 BP. 7047 Ouagadougou 07, B.F. (yacou@gmx.net)

Introduction

L'expansion du VIH/SIDA dans le monde à partir des années 1980 a placé la question des maladies sexuellement transmissibles (MST) parmi les préoccupations sanitaires de nombreux pays dont le Burkina Faso¹. Cela s'explique d'une part par la morbidité importante que ces maladies entraînent, et d'autre part, par le fait que la lutte contre elles est perçue comme une tactique importante de lutte contre le sida, d'autant plus que le développement des MST dans un pays peut y être un signe et un facteur importants d'expansion du VIH/SIDA². Il se pose alors la question de savoir comment les MST ont évolué dans le passé jusqu'à la période de l'expansion du VIH/SIDA et si l'évolution des MST peut être pertinente dans cette expansion. Cette interrogation introduit à la réflexion sur les MST et le VIH/SIDA l'importance d'une approche historique. Une telle étude ne doit pas laisser de côté celles d'autres maladies proches des MST, comme les tréponématoses³. Or le regard des historiens est généralement absent des études sur les questions de santé, et partant des MST et des tréponématoses, particulièrement, au Burkina Faso. Cela empêche de saisir leur importance, leur évolution, les politiques sanitaires contre elles, ainsi que des attitudes des populations avant le début des années 1980. Cependant, certains auteurs montrent, à travers l'exemple du Sénégal, qu'il y avait une politique de contrôle des MST vers la fin de la colonisation en Afrique occidentale française (AOF)⁴. Or, des politiques en AOF pouvaient avoir des spécificités locales en fonction de l'importance de ces maladies et de l'appréhension des populations autant envers les maladies qu'à l'égard des services de santé. En outre, le succès des politiques de lutte contre les maladies de nos jours, et partant, contre les MST, dépend en grande partie non seulement d'une très bonne connaissance de leur genèse et évolution dans le passé, mais aussi de l'analyse critique des politiques déjà menées à leur rencontre. Cela justifie l'utilité des approches locales.

Ce travail se situe dans une perspective historique. Il cherche à déterminer l'importance des MST et des tréponématoses ainsi que les politiques sanitaires à leur égard pendant la colonisation. Le couplage de l'étude des tréponématoses aux MST se justifie par le fait que celles-ci ont certaines ressemblances et différences avec une MST qui est la syphilis vénérienne, ce qui peut conduire à des amalgames entre ces maladies. La période de la colonisation fut choisie parce que c'est surtout à partir de cette période que la documentation écrite sur les maladies commença à être disponible et abondante. Ainsi, nous avons eu recours à des rapports sanitaires et politiques de la Haute-Volta elle-même, et à ceux des colonies et groupes de colonies

¹ Le Burkina Faso est le nom de l'ancienne Haute-Volta, situé au cœur de l'Afrique Occidentale.

² Coulter (H.), 1990, *Sida et Syphilis, un lien caché*, Maisonneuve, Paris ; Vidal (L.), 2000, *Femmes en temps de sida, expériences d'Afrique*, Paris, PUF, p. 99.

³ Les tréponématoses sont des maladies infectieuses - syphilis endémique, pian, pinta - causées par le tréponème pâle qui est aussi l'agent causal de la syphilis vénérienne qui est une MST et en même temps une tréponématose.

⁴ Becker (C.) et Collignon (R.), 1999, « Politique démographique et sanitaire face aux « maladies sexuellement transmises » en Afrique de l'Ouest - Perspective historique », In, Becker (C.), Dozon (J.-P.), Obbo (C.) et Touré (M.), éd., *Vivre et penser le sida en Afrique*, Karthala, Paris, pp. 133-149. Ngalamulume (K. J.), 2006, « Le péril vénérien : l'Etat colonial français et la sexualité à Saint-Louis du Sénégal », 1850-1920, In, Bado J.-P. (dir.), *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, Paris Karthala, pp. 99-118.

auxquels cette dernière appartenait : l'AOF, le Haut-Sénégal et Niger, le Soudan, le Niger, et la Côte-d'Ivoire. Cela révèle en partie les difficultés que les historiens ont à rendre compte des événements de la Haute-Volta coloniale. La documentation fut principalement consultée au Centre des Archives d'Outre-mer à Aix-en-Provence (CAOM) en France, à la Direction des études et de la planification du ministère de la santé à Ouagadougou au Burkina Faso et à l'Organisation commune et de coordination pour la lutte contre les grandes endémies (l'OCCGE) à Bobo-Dioulasso. Aussi, des documents spécialisés sur les MST et les tréponématoses furent consultés, un spécialiste en dermato-vénérologie à l'hôpital Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou fut interrogé, de même qu'un ancien infirmier du service des grandes endémies pour obtenir quelques explications médicales - concernant les MST et tréponématoses - indispensables à l'étude d'un tel sujet par un historien non spécialisé en médecine. A la suite de cette réflexion, nous allons nous atteler d'abord à définir succinctement les MST ainsi que les tréponématoses et d'en dégager des similitudes et des différences selon des sources médicales. Cette première étape va permettre ensuite de mieux relater l'importance des MST et des tréponématoses au Burkina Faso pendant la colonisation et d'en discuter les points saillants, avant de voir les politiques de lutte contre elles.

Quelques notions sur les maladies sexuellement transmissibles et les tréponématoses

Les MST, encore appelées maladies vénériennes, sont des maladies infectieuses qui sont surtout transmises au cours de relations sexuelles⁵. La science distingue plus d'une vingtaine d'agents pathogènes responsables de MST⁶. La syphilis fait à la fois partie des MST et des tréponématoses. Ces dernières sont aussi des maladies infectieuses causées par des bactéries appelées tréponèmes. La biologie médicale subdivise les tréponématoses en une tréponématose vénérienne - qui est la syphilis vénérienne - et des tréponématoses non vénériennes - qui sont le pian, la syphilis endémique, et la pinta⁷. La syphilis endémique est encore appelée le béjel⁸. Dans la réalité, les tests biologiques ne peuvent pas subdiviser les tréponématoses. Ils se limitent à la détection de la tréponématose⁹. Toutefois, la localisation spatiale de ces maladies fait apparaître des différences entre elles. Ainsi, le pian (Yaw en anglais) et la syphilis endémique se localisent dans des régions chaudes et humides (exemples : Côte d'Ivoire et en partie le Burkina Faso), la pinta également dans des régions chaudes et humides, mais uniquement dans des pays

⁵ ONUSIDA, 1998, « Lutte contre les MST: mesures de santé publique », Collection meilleures pratiques de l'ONUSIDA, p. 3.

⁶ « Les maladies sexuellement transmissibles: un défi de santé publique », In, *Afrique Médecine Santé*- n°3-juillet/août 1997, p. 10.

⁷ Radolf (J. D.), In, Baron (S.) et al., 1996, *Medical Microbiology*, Fourth Edition, The University of Texas Medical Branch at Galveston, section I. Bacteriology 36. Treponema, CD-Rom.

⁸ Traoré (A.), Niamba (P.), Barro-Traoré (F.), Sawadogo (S. O.), Ouoba (K.), 2004, « Le Bejel : une cause inhabituelle d'épistaxis et d'obstruction nasale », In, *Ann dermatol Venerol*, 2004; 131 :1S273; 1S281, 1S274.

⁹ Morel (P.), Laurent (R.), Revuz (J.), Bonnetblanc (J.-M.), 2002, « Maladies sexuellement transmissibles - syphilis primaire et secondaire », In, *Ann. Dermatol. Venerol.*, 2002;129:2S69-2S75, 2S74.

d'Amérique centrale et d'Amérique latine. Le pian et la syphilis endémique peuvent être localisés à la même latitude, mais à des altitudes différentes. Quant à la syphilis vénérienne, sa présence est universelle. L'évolution de la syphilis vénérienne comporte trois à quatre phases, selon les auteurs¹⁰, tout comme les autres tréponématoses. Mais les phases sont nettes dans le cas de la syphilis vénérienne et beaucoup plus floue dans la syphilis endémique¹¹. Des différences résident dans les modes de transmissions. La transmission de la syphilis vénérienne est sexuelle, alors que celle des autres tréponématoses est non sexuelle et se passe généralement à travers des contacts corporels. En présence de germes, la promiscuité humaine, l'absence d'hygiène dans l'utilisation commune d'objets comme les gobelets de boisson, peuvent favoriser la transmission des tréponématoses non vénériennes. En plus, le pian et la syphilis endémiques se rencontrent habituellement chez les jeunes et les adultes, alors que la syphilis vénérienne elle, se rencontre surtout chez les adultes, même s'il faut tenir compte de la syphilis congénitale qui se transmet d'une mère enceinte à l'enfant à travers le placenta, ou au moment de la naissance au contact du bébé avec le chancre syphilitique de la mère. Dans ces conditions, des études épidémiologiques prenant en compte la sérologie, les groupes d'âge atteints, la localisation géographique de ces infections, ainsi que l'observation des caractéristiques cliniques par des spécialistes en dermatovénérologie, restent les meilleurs moyens pour distinguer les différentes tréponématoses.

Il est utile de rappeler que la transmission sexuelle de la syphilis fut comprise dès les premières épidémies en 1494-1495 en Europe¹². Mais c'est en 1838 que Philippe Ricord distingua pour la première fois la syphilis de la gonorrhée. Les spirochètes furent identifiés par Schaudinn en 1905¹³. Certains auteurs pensent que les MST furent introduites en Afrique au 16^e siècle par les explorateurs européens et les commerçants d'Asie, et que leur dissémination commença dans les pays côtiers avant de gagner le continent en suivant les routes et voies de communications¹⁴. En Ouganda par exemple, M. Vaughan situa le début de la syphilis vénérienne vers le milieu du 19^e siècle¹⁵. Il est impossible de donner ici la période du début des MST au Burkina Faso, faute de recherches approfondies sur les datations de ces maladies. L'hypothèse de leur introduction à travers des caravanes esclavagistes et des mouvements coloniaux fut émise par A. Retel-Laurentin¹⁶. C'est surtout à partir de la colonisation que des remarques écrites sur les MST commencèrent à être disponibles, ce qui permet de tenter de mesurer la magnitude de ce problème à partir de cette période.

¹⁰ Meyers Grosses Taschenlexikon, Band 22, B.I. Taschenbuchverlag, Mannheim – Leipzig – Wien – Zürich, pp. 118-119.

¹¹ Diop-Mar (I.), Marchand (J. P.) et Denis (F.), op. cit., p. 5.

¹² Treadwell (P.), 2001, *God's judgement? Syphilis and aids, comparing the history and the prevention attempts of two epidemic*, Writers club Press, San Jose, New York, Lincoln, and Shanghai, p. 29.

¹³ *Idem*.

¹⁴ Mc Evedy and Waugh cités par Frank, 1992 :89 et ensuite par Loenzien (M. de), 2002, *Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA*, Paris, l'Harmattan, 2002, p. 133.

¹⁵ Vaughan (M.), "Syphilis in colonial East and central Africa. The social construction of an epidemic", In, Ranger (T.) and Slack (P.), eds., *Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 227.

¹⁶ Retel-Laurentin (A.), 1977, op. cit.

Les MST et les tréponématoses au Burkina Faso pendant la colonisation

Il s'agit ici d'inventorier les MST et les tréponématoses telles que décrites par les sources médicales, d'abord dans le Haut-Sénégal et Niger, ensuite dans la Haute-Volta créée en 1919, dans les colonies entre lesquelles la Haute-Volta fut partagée en 1932, et enfin, dans la Haute-Volta reconstituée à partir de 1947.

Les MST

La syphilis vénérienne, la gonococcie et le chancre mou sont les principales MST dont les rapports sanitaires rendent compte.

Importance de la syphilis dans en Haute-Volta

En 1911, avant la naissance de la Haute-Volta, on dénombra des cas de syphilis chez des Européens dans le Haut-Sénégal et Niger, sans spécification pour une des régions de la future Haute-Volta¹⁷. Mais en 1913, on dénombra dans des futures localités de la Haute-Volta 49 cas de syphilis (à Dédougou), et 79 cas (à Dori)¹⁸. Dans le cercle de Dédougou, la syphilis semblait fréquente, requéraient le plus d'admission au dispensaire et jouait un rôle très important dans la mortalité infantile¹⁹.

Après la création de la Haute-Volta, en 1930, les cas de syphilis dans cette colonie s'élevaient à 1 547 pour les hommes, 1 166 pour les femmes, et 789 pour les enfants, soit un total de 3 502²⁰. Elle fut constatée, en 1932, d'une manière générale, dans le cercle de Batié, chez des personnes des deux sexes, sous formes d'accidents primaires et secondaires²¹.

Après la dislocation de la Haute-Volta en 1932, des données commencèrent à être de plus en plus abondantes sur la syphilis, mais elles concernaient aussi d'autres colonies. Ainsi, dans la Colonie de Côte-d'Ivoire à laquelle une importante partie de l'ancienne Haute-Volta avait été annexée en 1932, les médecins constataient, en 1933, la fréquence croissante des affections vénériennes²², si bien qu'on y évoqua « un péril vénérien » en 1941²³. Les mêmes remarques furent faites sur les races nomades et semi-nomades des régions sahéliennes du Soudan²⁴. En 1942, dans la Colonie du Niger qui comprenait les anciens cercles voltaïques de Fada N'Gourma

¹⁷ CAOM, 14 MI, 1660, FA, AOF, série G, 2 G11/19, bobine 529, GG de l'AOF, Haut-Sénégal et Niger, service de santé, Rapport d'ensemble annuel sur l'état sanitaire de la colonie pendant l'année 1911, p. 3.

¹⁸ CAOM, 14 MI, 1673, FA, AOF, Série G, 2g13/30, bobine 542, GG de l'AOF, l'AOF en 1913, Rapport d'ensemble annuel, p. 581.

¹⁹ CAOM 14 MI, 1677, FA, AOF, Série G, 2 G 14/18, bobine 546 suite; GG de l'AOF, l'AOF en 1914, Rapport d'ensemble (pas spécifié sur le microfilm), p. 55.

²⁰ CAOM 14 MI, 1677, FA, série G, 2 G30/4, Colonie de la Haute-Volta, Service de santé, Rapport médical annuel, 1930, Tableau II.

²¹ CAOM, 14 MI, 2642, FM, AOF, sous-série G, 2 G32/164, Cercle de Batié, Rapport Annuel d'ensemble, Année 1932, p. 23, p. 26.

²² CAOM, 14 MI, 1754, FA, AOF, série G, 2 G33/25, Côte-d'Ivoire, Rapport médical annuel, année 1933, p. 5.

²³ CAOM, 14 MI, 1827, FA, AOF, série G, 2 G41/10, Colonie de la Côte-d'Ivoire, Rapport annuel 1941, partie administrative, p. 27.

²⁴ CAOM, 14 MI, 1828, FA, AOF, série G, 2 G41/16, op. cit.

et Dori, la syphilis, par le nombre des hospitalisations qu'elle occasionnait et par son retentissement sur la natalité, occupa la part la plus importante dans la pathologie après le paludisme. Elle était considérée comme « un des principaux facteurs de la déchéance physique de la race », en plus du paludisme et de la sous-alimentation²⁵. Dans l'ensemble de la Côte-d'Ivoire, on avança le nombre de 49 068 cas en 1943²⁶ dont 103 européens. Ce nombre ne semblait pas refléter la réalité, la syphilis étant extrêmement étendue sous toutes ses formes. Les formes secondaires et tertiaires prédominaient, avec des manifestations cutanées, osseuses, viscérales, et nerveuses. La syphilis congénitale, qualifiée encore à l'époque de syphilis héréditaire, influait sur la morbidité infantile puisqu'elle était signalée chez 3 % environ des consultants de 0 à 5 ans²⁷. Avec 47 888 cas de syphilis, cette maladie représentait 8,21 % de la morbidité de la colonie en 1946²⁸. Mais on soupçonnait l'affection était plus répandue que les chiffres disponibles.

Après la renaissance de la Colonie de Haute-Volta en 1947, les maladies dites vénériennes y constituaient un chapitre important de la pathologie. Les services médicaux firent état de 28 556 consultants pour la syphilis en 1948²⁹. Une enquête menée dans le passé dans les régions de Ouagadougou, Koudougou, Gaoua, Tenkodogo, etc., aurait montré que parmi les 70 % de femmes qui procréaient, 40 % avaient entre 5 à 6 enfants et même davantage, mais la moitié au moins de ces enfants mouraient dans le tout jeune âge, entre un mois et trois ans, souvent d'athrepsie et d'autres complications qu'on pouvait rattacher à la syphilis³⁰. En 1951, le rapport sanitaire de la colonie de Haute-Volta mit l'accent sur la fréquence de la syphilis congénitale dans le cercle de Ouahigouya, en particulier chez les Peulh. On distingua souvent des déformations crâniennes et osseuses qu'on liait à cette affection. L'affection était observée plus dans les grandes agglomérations que dans les villages. Il fut dénombré 6 740 cas en 1951, dont 3 293 hommes et 3 447 femmes, contre 6 327 dont 3 096 hommes et 3 231 femmes en 1950³¹. D'autres formes de syphilis semblaient aussi très nombreuses. Les formes osseuses, cutanées, et nerveuses, etc., furent rapportées. Il fut dénombré 11 046 consultants en 1951, contre 10 190 en 1950. Dans le cercle de Tougan à l'Ouest, comme dans celui de Gaoua au Sud-Ouest, l'étendue de la maladie fut rapportée³². La ville de Dori dans la partie sahélienne de la Haute-Volta fut très remarquée pour ses cas de syphilis. 70 % des cas étaient dits détectés chez les Bellah. Dans le cercle de Dédougou, dès les premières années de la colonisation, la syphilis vénérienne fut présentée comme un problème majeur.

²⁵ CAOM, 14 MI, 1837, FA, série G, 2 G42/17, Niger, Rapport annuel, Partie médicale, 1942.

²⁶ CAOM, 14 MI, 1844, FA, AOF, série G, 2 G43/9, bobine T 13, Services de santé de la Côte-d'Ivoire, Rapport annuel 1943, 30 juillet 1944, le Médecin Colonel Vendra, Directeur local de la santé publique de la Côte d'Ivoire, partie médicale, 1943. p 122.

²⁷ CAOM, 14 MI, 1844, FA, AOF, série G, 2 G43/9, bobine T 13, op. cit.

²⁸ CAOM, 14 MI, 1871, FA, 2 G46.15, Rapport annuel Côte-d'Ivoire 1946, p. 117.

²⁹ CAOM, 14 MI, 1891, FA, AOF, série G, 2 G48/25, bobine 760, Haute-Volta, Service de santé, Rapport annuel 1948, Partie administrative, Partie médicale, par le médecin Lt.-Colonel Queindec (P.), Directeur local de la Santé Publique de Haute-Volta, p. 79.

³⁰ Idem

³¹ Colonie de Haute-Volta, Service local de la santé, Rapport annuel 1951, pp. 31-33.

³² Idem.

En 1953, il fut dénombré 197 cas de syphilis tertiaire, pour 272 cas de syphilis toutes périodes, soit un rapport d'environ 72,4 %, ce qui pouvait signifier l'évolution de la maladie à bas bruit.

L'importance de la gonococcie et du chancre mou

La gonococcie semblait autant répandue que la syphilis dans les terres qui constituent aujourd'hui le Burkina Faso. Elle est signalée aussi bien dans les rapports sanitaires de la Haute-Volta que dans ceux de la Côte-d'Ivoire, du Niger et du Soudan français, mais le plus souvent, sans données statistiques. On se contenta très souvent de s'étonner, avec des mots, de l'ampleur du phénomène. Le rapport sanitaire du Niger en 1942 souligna que « La blennorragie est certainement plus fréquente que ne le laisse supposer la statistique : Chez les femmes il est rare d'examiner des sécrétions vaginales sans y trouver le gonocoque ». On soupçonnait qu'il évoluait de façon discrète et moins dramatique. Les métrites et les salpingites caractérisaient la gonococcie féminine³³. Dans la colonie de Côte -D'ivoire, les cas de blennorragie étaient évalués en 1942 à 19 119, dont 168 européens³⁴. En 1946, elle y fut désignée comme « le pire fléau de la race noire », avec toutes les complications connues³⁵. Après la reconstitution de la Haute-Volta en 1947, l'importance de la gonococcie fut réaffirmée dans les rapports sanitaires : 3 986 cas de gonococcie, dont 58 et 26 ayant nécessité des hospitalisations africaines et européennes en 1948³⁶. Par la suite, le nombre de cas enregistrés augmenta : 4 079 en 1949, 5 609 en 1950 et 6 850 en 1951³⁷. Un ancien infirmier des services de santé de la Haute-Volta rapporta aussi la fréquence de la gonococcie, mais sa description met surtout en exergue les relations sexuelles multiples qui représentaient autant de risques de contamination³⁸.

Aucune indication de l'importance et de l'évolution du chancre mou n'apparaît dans les rapports sanitaires, bien qu'il ait été signalé à plusieurs reprises³⁹. En somme, les récits sur le chancre mou et la gonococcie furent moins abondants que ceux sur la syphilis vénérienne.

Les tréponématoses non vénériennes

Il s'agit ici du pian et de la syphilis endémique. L'importance du pian au début de la colonisation est difficile à évaluer à cause de l'insuffisance des données dans les rapports sanitaires. En 1932, le pian fut qualifié comme étant une des plaies les plus répugnantes des colonies côtières⁴⁰. Toutefois, il faisait partie des tréponématoses de la Haute-Volta. En 1942, en Côte-d'Ivoire, le nombre de malades du pian aurait dépassé

³³ CAOM, 14 MI, 1837, FA, série G, 2 G42/17, Niger, *op. cit.*

³⁴ CAOM, 14 MI, 1844, FA, AOF, série G, 2 G43/9, bobine T 13, *op. cit.*

³⁵ CAOM, 14 MI, 1871, FA, 2 G46.15, *Rapport annuel Côte-d'Ivoire 1946. op. cit.*

³⁶ CAOM, 14 MI, 1891, FA, AOF, série G, 2 G48/25, *op. cit.*

³⁷ Colonie de Haute-Volta, Service local de la santé, *Rapport annuel 1951, op. cit.*

³⁸ Conombo (X.), Ouagadougou, 86 ans, infirmier, tradipraticien, Ouagadougou, 09.02.04.

³⁹ CAOM, 14 MI, 1844, 1943, FA, AOF, série G, 2 G43/9, bobine T 13, *op. cit.*

⁴⁰ CAOM, 14 MI, 2642, FM, AOF, sous-série G, 2 G32/164, *op. cit.*

celui des syphilitiques⁴¹. Il était une endémie dans l'ensemble de la Haute-Volta en 1951⁴². Les prospections des années 1950 permirent de localiser les foyers de pian dans les parties Sud, Ouest, et Sud-Ouest du pays. Son ampleur au cours de cette période ressort dans l'analyse des politiques sanitaires contre les tréponématoses.

La syphilis endémique apparaît dans les rapports sanitaires seulement après 1952. Cela est dû au médecin Ridet (J.), qui effectua une prospection expérimentale sur les tréponématoses dans le Sahel voltaïque en 1952, pour en évaluer l'importance⁴³. On comprit dès lors que la situation géographique de la Haute-Volta, de part et d'autre du 12^e parallèle, lui crée des conditions climatiques qui influencent la nature et l'épidémiologie des tréponématoses. Au Sud, dans les régions de Gaoua, Po et Leo, le climat humide est favorable à une endémie pianique, alors qu'au Nord, dans la région de Dori, le climat sec sahélien est propice à la syphilis endémique⁴⁴. Après une telle découverte, des expérimentations eurent lieu dans d'autres zones afin de déterminer la nature de la syphilis. Ce fut le cas dans la zone de Dédougou en 1959 où des cas cliniques furent très rares par rapports aux sérologies positives.

De la validité des données statistiques utilisées

La description de l'importance des maladies à travers les données des rapports sanitaires coloniaux fait appel à une analyse critique. En effet, la couverture sanitaire moderne était encore très réduite. Même en France, les statistiques n'étaient pas consistantes⁴⁵. En Haute-Volta, l'absence de diagnostic biologique jusqu'à la fin des années quarante rendit auparavant impossible la détermination des cas de MST et leur nombre avec une grande précision. Du reste, dans le domaine scientifique, c'est en 1949 qu'un test spécifique à la syphilis fut découvert⁴⁶ dans les pays occidentaux. Avant, en 1906 précisément, un test sérologique appelé réaction de Wassermann fut découvert, mais il n'était pas spécifique pour la syphilis à cause de l'antigène utilisé⁴⁷, d'où des confusions entre plusieurs agents pathogènes. Il limitait de ce fait la connaissance des maladies que ces agents pathogènes entraînaient. Il était impossible de faire la différence entre les sujets atteints du pian d'avec les syphilitiques⁴⁸. Les estimations à partir de données cliniques étaient le moyen qui permettait d'évaluer les cas de syphilis et de pian, mais il fallait des spécialistes en dermato-vénérologie pour le faire. Le premier spécialiste en la matière arriva en Haute-Volta au cours des années 1950.

⁴¹ CAOM, 14 MI, 1837, FA, AOF, série G, 2 G42/14, Service de santé de Côte-d'Ivoire, *Rapport annuel 1942*, p. 32.

⁴² Colonie de Haute-Volta, Service local de la santé, *Rapport annuel 1951*, p. 118.

⁴³ OCCGE, Ridet (J.), (médecin-capitaine de la section tréponématoses du SGHMP de Bobo-Dioulasso), 1952, « Prospection expérimentale de la syphilis dans le canton de l'Oudalan (Cercle de Dori - Haute-Volta) », p. 6.

⁴⁴ OCCGE, Section Biologie-Tréponématose du Centre Muraz, « Campagne de masse contre les tréponématoses dans la république de Haute-Volta » (S/D).

⁴⁵ Quétel (C.), 1992, *History of syphilis*, Baltimore, The Hopkins University Press, pp. 200-202.

⁴⁶ *Idem*

⁴⁷ Heinz (D.), éd., 1985, *Wörterbuch der Medizin, Zahnheilkunde und Grenzgebiete*, Band 2, Stuttgart - New York, Deutscher Taschenbuch Verlag, Georg Thieme Verlag, p. 2276.

⁴⁸ CAOM, 14 MI, 1837, FA, AOF, série G, 2 G42/14, Service de santé de Côte-d'Ivoire, *op. cit.*

Auparavant, la situation était favorable à des tâtonnements. Dans certains cas de fausses couches et d'avortements, la syphilis était soupçonnée et notifiée comme des cas de syphilis⁴⁹, bien que l'évidence manquât. Des réserves furent émises sur les chiffres donnés par le médecin européen du poste de Koudougou en 1946 pour sa circonscription médicale. Celui-ci établit 16 cas à Koudougou, 55 à Yako, 4 à Boromo et à Réo 228 cas. Le dispensaire confessionnel de Réo aurait vu 20 fois plus de cas de syphilis que le dispensaire de Koudougou avec un nombre de consultants 7 fois moindre⁵⁰, ce qui paraissait improbable. Dans le rapport du service local de la santé de la Haute-Volta de 1948⁵¹, on peut lire que les dispensaires confessionnels participaient à une exagération des chiffres en étiquetant syphilitiques 50 % de leurs consultants, probablement pour des raisons de morale religieuse. Enfin, les données sur la syphilis ici sont très générales et concernent pour une part importante la Côte-d'Ivoire, le Soudan, le Niger, et la Haute-Volta. Les données sur les colonies voisines de la Haute-Volta permettent toutefois de penser que la situation de la syphilis chez certains habitants des terres de Haute-Volta pouvait être semblable, étant donné des conditions climatiques partiellement similaires, ainsi que des conditions démographiques et économiques souvent analogues. L'incidence réelle des MST en Haute-Volta était donc mal connue, mais on constate que ces maladies semblaient être très importantes. Les données sur la syphilis endémique au Sahel à partir de 1952 apparaissent plus crédibles à cause des études scientifiques menées.

Nonobstant des insuffisances statistiques, c'est sur la base de ces données, qui avaient l'avantage de pouvoir guider les administrateurs des services de santé, que des stratégies de lutte contre les MST et les tréponématoses avaient été élaborées et exécutées.

Politiques sanitaires contre les MST et les tréponématoses

Deux étapes essentielles peuvent être distinguées dans les politiques sanitaires contre les MST et les tréponématoses : il s'agit de la période avant les précisions scientifiques sur les trois tréponématoses présentes en Haute-Volta, et de celle correspondant à ces précisions qui donnèrent lieu à des campagnes de masse.

La période avant les campagnes de masse : un pilotage sanitaire à vue

Parmi les mesures de lutte contre les MST et les tréponématoses, il faut distinguer celles à caractère médical – le diagnostic clinique, puis biologique, ainsi que le traitement – et celles à caractère social destinées à lutter contre des fléaux dit sociaux comme la prostitution. La période allant des débuts de la colonisation aux années 1950 correspond à une timidité des services sanitaires dans le dépistage et le traitement des MST et des tréponématoses au sein de la population générale et à une campagne très sensible de lutte contre la prostitution.

⁴⁹ CAOM, 14 MI, 1747, FA, AOF, Série G, 2 G32/31, GG de l'AOF, Colonie de la Haute-Volta, *Statistique du rapport médical annuel*, Année 1932, p. 49.

⁵⁰ *Idem*, p. 118.

⁵¹ CAOM, 14 MI, 1891, FA, AOF, série G, 2 G48/25, *op. cit.*

Dès la constatation par les colons européens des maladies vénériennes, la prostitution fut fréquemment tenue pour responsable de leur propagation. Il fut expérimenté depuis lors une surveillance médicale à son égard. Ce sont ces tentatives qui permettent aussi de se faire une idée sur l'ampleur donnée au phénomène de prostitution à travers des sources écrites.

Dès 1904, à Kayes - une ville de l'actuel Mali - dans le Haut-Sénégal et Niger, les prostituées furent soumises à des visites médicales hebdomadaires. Les malades de MST étaient astreintes à demeurer dans une maison spéciale où elles recevaient des soins « utiles »⁵². L'extension de la surveillance de la prostitution, par un Arrêté du 4 août 1913, fut appliquée dans les agglomérations de Bamako, Koulouba, Kati, Koulikoro, et Tombouctou. Cette mesure atteignit Ouagadougou - la capitale de la future Haute-Volta - la même année⁵³. En 1936, l'Arrêté n° 133 A.G de la Côte-d'Ivoire, complétant un autre du 3 août 1932, étendit son contrôle aux villes de l'ancienne Haute-Volta, Bobo-Dioulasso et Ouagadougou⁵⁴. Au Soudan, dans les centres urbains, la lutte contre la prostitution clandestine et « propagatrice » a été renforcée par l'arrêté local n° 2032 du 23 juillet 1941. Des tentatives d'organisation de quartier d'hospitalisation des prostituées malades dans les centres les plus importants eurent lieu⁵⁵.

La lutte contre la prostitution, qui consista surtout en sa surveillance médicale, resta sans grande portée d'une part à cause des comportements de la population, et d'autre part en raison d'une inertie administrative à son égard⁵⁶. En effet, en 1937, la surveillance de la prostitution paraissait faible, bien que le phénomène fût dit étendu à Bobo-Dioulasso. Les prostituées seraient aussi des femmes mariées qui échappaient à tout contrôle. Les femmes des tirailleurs présents ou absents se seraient presque toutes livrées à la prostitution. La surveillance de la prostitution dans la colonie du Niger, qui comprenait une partie de l'ancienne Haute-Volta resta aussi sans impact parce que le nombre de prostituées clandestines semblait supérieur à celui des prostituées connues⁵⁷. Dans le cercle de Batié - en Haute-Volta - en 1932, il fut décrit qu'une éventuelle réglementation de la prostitution ne produirait sûrement pas les résultats que l'on voudrait en espérer, la proportion des vénériens étant impossible à fixer⁵⁸. A la même époque, une pareille surveillance fut tentée dans de nombreux cercles de la Côte-d'Ivoire, mais se heurtait à des obstacles : « Il suffit qu'une femme soit mariée pour échapper à la visite médicale ; or mariées ou non, les prostituées sont légion »⁵⁹. Ces maladies seraient en effet étendues dans toutes les couches sociales.

⁵² CAOM, 14 MI, 1634, FA, AOF, série G, 2 G4/16, bobine 503, Haut - Sénégal - Niger, *Rapport d'ensemble sur la situation générale de la colonie en 1904*, p. 112.

⁵³ CAOM, 14 MI, 1673, FA, AOF, Série G, 2g13/30, bobine 542, GG de l'AOF, l'AOF en 1913, *op. cit.*

⁵⁴ *Journal Officiel de la Côte -D'ivoire*, 42ème année n° 2, 21 janvier 1936, p. 89.

⁵⁵ CAOM, 14 MI, 1828, FA, AOF, série G, 2 G 41/16, bobine 697, Soudan Français, service de Santé, *Rapport annuel, année 1941*, Partie médicale, par le médecin L. F. Solier, chef du service de santé, p. 50.

⁵⁶ CAOM, 14 MI, 2421, FM, AOF, sous-série G, 17 G 381, Madame Savineau, conseillère technique de l'enseignement, Rapport à Mr. le Gouverneur Général de L'AOF, Bobo-Dioulasso, p. 15.

⁵⁷ CAOM, 14 MI, 1837, 2G24/17, 1942, Niger, *op. cit.*

⁵⁸ CAOM, 14 MI, 2642, FM, AOF, sous-série G, 2 G32/164, *op. cit.*

⁵⁹ CAOM, 14 MI, 1837, FA, AOF, série G, 2 G 42/14, Service de santé de Côte -d'Ivoire, *op. cit.*

Alors le contrôle de la prostitution fut perçu par certains administrateurs comme venant alourdir les occupations des chefs de circonscriptions⁶⁰. Pour d'autres, « Le malheur est que seules sont soignées quelques prostituées, alors qu'il existe des femmes, soi-disant mariées, qui sont plus malades, et commettent souvent l'adultère, source de propagation »⁶¹. Ces dernières, par pudeur et crainte de complications conjugales, ne se feraient pas soigner. La prostitution serait considérée par les populations comme un fait normal. Cette conception aurait été aggravée par des interprétations abusives des lois de 1946 sur la citoyenneté française : « Nous insistons également sur le fait, grave de conséquence pour l'avenir, que la réglementation de la prostitution ne puisse plus être appliquée convenablement depuis qu'est apparue dans ce pays l'évolution politique déterminée par les lois de 1946. Comme dans bien d'autres domaines, l'indigène est convaincu avoir été définitivement libéré de toutes les contraintes, même de celles qui devraient l'obliger à se soumettre à certains règlements pour la protection sanitaire de la collectivité entière, et il est décevant de constater que, placés devant de tels faits, les pouvoirs publics se disent parfois désarmés et déclarent, comme à Bobo-Dioulasso notamment, ne pouvoir rien faire pour appuyer dans son action l'autorité médicale. Nous n'ignorons certes pas que la prostitution ne peut être envisagée sous le même angle moral ici qu'en Europe, mais il est inquiétant... »⁶². Après la reconstitution de la Haute-Volta en 1947, le médecin colonel Quiñnec pensait que « Le contrôle de la prostitution, qui limitait à un certain degré la contamination, est lui-même supprimé. Les prostituées - et elles sont nombreuses, professionnelles ou surtout occasionnelles - ont le champ libre. Les lois accordant la citoyenneté semblent avoir accordé le droit de contamination »⁶³. Dans le rapport sanitaire de 1952, presque les mêmes remarques : « ...dans ces collectivités aux mœurs faciles, où les contacts sexuels, non limités par les concepts moraux de l'Occidental, se réalisent avec une particularité fréquente entre individus de toutes catégories, le gonocoque se dissémine-t-il avec aisance, d'autant plus nocif que, par la faute de ceux qui en sont porteurs, il passe le plus souvent inaperçus et échappe ainsi à toute action médicale... »⁶⁴. En somme, les contacts sexuels semblaient être très fréquents et non contrôlables, ce qui laissait libre cours à la propagation des MST.

La lutte au sein de la population générale

Dès les débuts de la colonisation, des tentatives de la prophylaxie des MST furent entreprises par des structures sanitaires de l'Assistance Médicale Indigène - AMI⁶⁵. Une propagande active devrait être faite pendant longtemps pour répandre la notion du danger que représentaient les MST et la nécessité de se mettre à l'abri. Toutefois, en Haute-Volta, les services médicaux étaient à court de personnel, d'outillage, de médicaments, etc⁶⁶. Eu égard à ces difficultés, ni les opérations de sensibilisation,

⁶⁰ CAOM, 14 MI, 1837, FA, AOF, série G, 2 G 42/14, Service de santé de Côte-d'Ivoire, *op. cit.*

⁶¹ CAOM, 14 MI, 1844 FA, AOF, série G, 2 G43/9, bobine T 13, *op. cit.*

⁶² CAOM, 14 MI, 1871, FA, 2 G46.15, *Rapport annuel Côte-d'Ivoire 1946*, p. 118.

⁶³ CAOM, 14 MI, 1891, FA, AOF, série G, 2 G48/25, bobine 760, *op. cit.*

⁶⁴ *Idem.*

⁶⁵ Becker (C.) et Collignon (R.), 1999, *op. cit.*, p. 136.

⁶⁶ CAOM, 14 MI, 2421, FM, AOF, sous-série G, 17 G 381, p. 23

ni les consultations données aux populations locales ne pouvaient être régulières, surtout au cours de la période d'avant la seconde guerre mondiale⁶⁷. Les tournées médicales faites par les médecins de l'AMI visaient d'abord la prophylaxie de la maladie du sommeil. A ces occasions, des porteurs de maladies vénériennes étaient vus⁶⁸. Après la première guerre mondiale, la lutte contre les autres maladies fut subordonnée à celle contre la maladie du sommeil en AEF (Afrique équatoriale française) et en AOF jusqu'en 1936⁶⁹.

Les dépistages furent plutôt systématisés au titre des recrutements de mains-d'œuvre et pour les besoins de l'armée. En 1934, un Arrêté du cinq juillet⁷⁰ institua une visite médicale pour tout engagé en vue de la lutte contre les maladies contagieuses. En cas de maladie infectieuse constatée, le travailleur était purement et simplement débarrassé de tout engagement. Dans le cas contraire, il était médicalement suivi durant sa carrière. Mais il n'apparaît pas dans cette décision l'obligation de traiter tous les sujets visités et reconnus malades, ce qui rend l'efficacité de cette mesure sur la santé publique douteuse. Elle permettait probablement de trier les indigènes sains et saufs et mettre leur force de travail à contribution dans le cadre de l'économie coloniale tout en laissant certains malades à leur propre sort.

Ces difficultés étaient sous-tendues par l'absence de politique sanitaire standardisée pour la lutte contre les maladies vénériennes. Par ailleurs, la syphilis attirait beaucoup plus l'attention des autorités sanitaires que la blennorragie. C'est après la deuxième guerre mondiale, et précisément après 1952 en Haute-Volta, que des changements dans ce pilotage sanitaire à vue contre les MST commencèrent, mais en même temps, la politique contre les MST sembla se muer en lutte contre les tréponématoses dont les connaissances devinrent plus profondes.

Les campagnes de masse contre le pian et la syphilis endémique

C'est à partir de 1948 que l'OMS, l'UNICEF et le FIDES⁷¹ initièrent des campagnes de masse contre la syphilis endémique et le pian dans les régions endémiques. Jusqu'en 1952, les archives sont muettes sur la question de la syphilis endémique en Haute-Volta. Celle-ci prit une importance particulière en 1955, et cela grâce à la création, à cette date, de la Section Tréponématoses du SGHMP à Bobo-Dioulasso, dirigée par un médecin du nom de Jean Ridet⁷². Des études cliniques et sérologiques méticuleuses y furent effectuées sur de nombreux cas de syphilis et de pian. Par exemple, cinq cantons - Nanergué, Kotédougou, Ouakuy, Béréba et Kari - avaient fait l'objet

⁶⁷ CAOM, 14 MI, FA, AOF, série G, 2 G33/18, Colonie du Niger, *Rapport médical mensuel de 1933*, (ce rapport semble, dans son contenu, être celui de toute l'année), p. 68.

⁶⁸ CAOM, FM, série G, 2 G33/88 AOF, 14 MI, 2650, Cercle de Gaoua, *Rapport trimestriel*, deuxième trimestre 1933, p. 22.

⁶⁹ Dozon (J.-P.), « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », In, *Sciences Sociales et Santé* vol. III no 3-4 novembre 1985, pp. 28-56.

⁷⁰ Arrêté n° 2384 AE. In, *Journal officiel de la côte-D'ivoire* du 31 août 1934, 40ème année, n° 16, p. 676.

⁷¹ Fond d'investissement pour le développement économique et social.

⁷² OCCGE, OMS, Int/VDT/147, 11 janvier 1960, « Le pian et la syphilis endémique en AOF ». (Rapport d'une tournée effectuée par le Dr. Hackett (C. J.) du 13 octobre au 9 décembre 1958).

d'enquêtes en vue d'expérimenter des dépistages, des traitements et des contrôles. 60 431 personnes avaient été visitées (tableau I). Sur l'ensemble 3,01 % de pian furent dépistés.

Tableau I. Expérimentation de protocoles de dépistage et de traitement.

Cantons	Sérologie positive %	Syphilis clinique %
Kotédougou	14	6,5
Kari	18,01	6,5
Béréba	19,01	3,5
Ouakuy	20,6	7,8
Nanergué	5,09	0,17
Moyenne des 5 cantons	15,34	4,89

Source : Section Biologie-Tréponématose du Centre Muraz, Campagne de masse contre les tréponématoses dans la république de Haute-Volta (S/D), 4 p.

Des contrôles séro-cliniques ont été pratiqués un an après et montrèrent une diminution de 50 % des sérologies positives et de 65 % des cas de syphilis cliniques. Les expérimentations permirent de recueillir de nombreux renseignements sur l'efficacité de différents schémas de traitements, par diverses préparations de pénicilline, qui servirent dans les campagnes de masse. Lors de ces campagnes, il fut effectué des enquêtes par sondages avec des laboratoires sérologiques de campagne. Des villages furent explorés cliniquement et par examens sanguins à presque tous les habitants. Les buts étaient d'éradiquer le pian et la syphilis endémique sur la base des recommandations de l'OMS de 1953 et 1956.

En Haute-Volta, pour le pian, l'effort porta sur le pays Lobi, les cercles de Pô et Léo, ainsi que certaines zones limitrophes des cercles de Bobo-Dioulasso, Orodara, Boromo. Le tableau n° 2 présente les résultats des campagnes de masse dans le Lobi de 1956 à 1960. Commencée légèrement en 1956, elles s'amplifièrent entre 1957 et 1960 si bien que le nombre de pian à traiter régressa rapidement et considérablement, marquant un succès dans la lutte. En effet, de 2,66 % de la population visitée en 1956, la part des sujets atteints de pian ne représentait plus que 0,06 % de la population visitée en 1960.

Ces résultats permirent de fonder l'espoir sur l'éradication du pian au bout de 5 à 10 ans. Ce terme serait atteint si aucun nouveau cas évolutif n'apparaissait en trois ans. L'éradication était conditionnée par la poursuite des travaux au rythme déjà entamé et qui assura des succès. L'ensemble des activités permit d'aboutir, en 1960, au fait que le pian ne fut plus considéré comme une endémie importante en Haute-Volta, même si on en trouvait de petits foyers dans le Sud du pays ainsi que la venue de malades de pays voisins comme la Côte d'Ivoire et du Ghana. Le traitement de masse permit d'obtenir des résultats spectaculaires, mais du fait de leurs situations géographiques, les localités favorables à l'endémie paraissaient exposées à de nouvelles contaminations.

Tableau II. Le tableau ci-dessous résume les résultats obtenus par la campagne de masse contre le pian au secteur 9 (Région au Sud-Ouest).

Année	Population recensée	Population visitée	Pian dépisté % par rapport à la pop. visitée	Sujets traités
1956	90 000	56 000	1 495 (2,66)	39 000
1957	190 000	152 817	4 107 (2,68)	151 117
1958	190 000	119 185	786 (0,65)	3 175
1959	190 000	150 224	239 (0,15)	906
1960	190 000	140 920	96 (0,06)	210

Source : OCCGE, République de Haute-Volta, Service des grandes endémies, Direction, Tréponématoses – Sans date (S/D).

Pour la syphilis endémique, l'action de masse commença en 1957 et porta sur les cercles de Ouahigouya et Dori. Elle permit d'examiner 44 000 personnes et d'en traiter 34 000. Mais cette action était moins satisfaisante que la campagne contre le pian.

Tableau III. Campagne de masse, syphilis endémique, au 30 septembre 1958⁷³.

Population Par région	Haute-Volta
D'hyper-endémicité	116 000
De méso-endémicité	294 000

Traitement de masse	Date	Août 1957
	Examinés	44 000
	syphilis évolutive	1 900
	Traités	34 000

Source : Archives OCCGE, Bobo-Dioulasso : OMS, Int/VDT/147, 11 janvier 1960, Le pian et la syphilis endémique en AOF. (Rapport d'une tournée effectuées par le Dr. C. J. Hackett du 13 octobre au 9 décembre 1958), p.42.

La poursuite de ces efforts apparaissait nécessaire. Ainsi, en 1959, un accord fut signé entre le gouvernement de la république de Haute-Volta, l'OMS et le FISE sur un projet de lutte contre les tréponématoses⁷⁴. La lutte contre la syphilis endémique devait se développer dans une partie de la zone sahélienne (cercle de Dori et subdivisions de Ouahigouya et Djibo). Au terme de l'accord, le gouvernement devait effectuer un

⁷³ On parlait de régions hyper-endémiques quand plus de 10 % de cas étaient évolutifs. Cela nécessitait un traitement de masse total. On évoquait les régions méso-endémiques quand on était en présence de 5 à 10 % de cas évolutifs. Le traitement de masse des impubères, des cas évolutifs et des contacts évidents était effectué. Dans les régions hypo-endémiques il y avait moins de 5 % de cas évolutifs. Le traitement de masse était sélectif et s'adressait aux cas évolutifs plus les contacts évidents.

⁷⁴ OCCGE, « Projet de plan d'opérations pour la continuation du projet de lutte contre les tréponématoses en République de Haute-Volta ». Bobo-Dioulasso, le 26 septembre 1959. Projet auquel participent : Médecin-commandant Ridet (J.), Chef Section Tréponématoses – Marti (R.) et Cuspilici (S.), représentant FISE (Fond international de secours à l'enfance).

dépistage systématique de la syphilis au cours de tournée de prospection par des équipes nomades. Cela devait permettre de réduire la fréquence de la syphilis endémique en République de Haute-Volta par des traitements de masse à la pénicilline et réaliser l'éradication de cette maladie par l'application ultérieure de mesures simples. Il fallait en outre développer l'orientation des formations sanitaires fixes, mobiles ou nomades de l'époque, contre les maladies transmissibles ; développer également les mesures d'assainissement ; et particulièrement, s'orienter vers la prise en charge des opérations que les services sanitaires devraient assurer aux derniers stades de lutte contre la syphilis endémique, pour aboutir à l'éradication de cette maladie. Enfin, il fallait procéder à des enquêtes aussi larges que possible, afin de délimiter les foyers de syphilis vénérienne, opération devant permettre, ultérieurement, la mise au point d'un projet visant la réduction de la prévalence de cette maladie, cause d'avortements, de mortalité infantile et de mortalité infantile. Les traces de l'application de ce projet sont encore à chercher.

Réflexion sur l'importance des MST et la lutte contre elles

L'analyse des données issues des rapports sanitaires nous montre l'importance des MST, des tréponématoses non vénériennes, ainsi que des mesures prophylactiques et de traitement contre elles. Les discours sur la prostitution nous donnent une vue de l'ampleur donnée au phénomène et sa probable contribution à l'accroissement des cas de MST.

A propos de la prostitution, le concept même, sa pratique et ses formes pendant la période pré-coloniale semblent mal connues. Si sa présence ainsi que son ampleur grandissantes furent avérées pendant la colonisation, cela se passait dans un contexte de mutations sociales liées à la colonisation⁷⁵, tout comme cela fut remarqué dans d'autres pays africains comme le Zaïre⁷⁶ et le Sénégal⁷⁷. Les écarts de comportements à l'égard de la sexualité ont pu être amplifiés à l'occasion des réquisitions des colonisateurs, des exigences de l'urbanisation à travers le brassage de populations -facteur de transformation des mœurs - et de la présence des garnisons militaires. Dans la plupart des sociétés de la Haute-Volta, la femme a été considérée comme épouse et mère, et non pas comme actrice économique, même si cela est discutable dans la réalité. La propriété terrienne et immobilière, ainsi que l'héritage, revenaient très souvent aux descendants masculins. Dans ces conditions, en l'absence de leurs maris, réquisitionnés ou ayant émigrés, les femmes pouvaient devenir vulnérables par manque de soutiens matériels et psychologiques nécessaires à leur

⁷⁵ Lettre n°643/SU/C du chef de service de police de la Haute-Volta du 30 novembre 1952 adressée au Directeur des services de sécurité de Dakar. In, Ouédraogo (W. P. S.), 1997, *La prostitution à Ouagadougou de 1935 à 1994*, mémoire de maîtrise, Université de Ouagadougou, p. 4.

⁷⁶ César Nkuku Khonde, "A Oral History of HIV/AIDS in the Congo", in, Denis P., and Becker C., 2006, *The HIV/AIDS Epidemic in Sub-Saharan Africa in a Historical Perspective*, Online edition, Réseau sénégalais "Droit, éthique, santé" / Senegalese Network "Law, Ethics, Health", pp. 224-228.

⁷⁷ Ngalamulume (K. J.), 2006, « Le péril vénérien : l'Etat colonial français et la sexualité à Saint-Louis du Sénégal », 1850-1920, In, Bado J-P. (dir.), *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, Paris Karthala, pp. 99-118.

propre existence et à celle de leurs enfants. Elles ne manquaient probablement pas de développer des stratégies de subsistances dont certaines étaient considérées comme de la prostitution. Certes, dans ce contexte, les MST avaient un terrain favorable pour se développer, mais se développaient-elles réellement comme les rapports coloniaux le rapportent ?

D'abord, il semble important de noter que même les actes d'infidélité furent qualifiés de prostitution par les autorités coloniales. Ce jugement paraît extrême, car il est improbable que « toutes les femmes » se soient livrées à la prostitution - commerce sexuel par excellence. Ensuite, en Haute-Volta, les rapports sanitaires rapportent que les MST étaient très nombreuses et très étendues dans le pays, surtout la syphilis vénérienne et la gonococcie. Les dispensaires confessionnels exagéraient même les chiffres donnés sur la syphilis. Cependant, à partir de 1949 en AOF et de 1952 en Haute-Volta, la notion de syphilis endémique non vénérienne apparut et le Sahel était le foyer de cette affection. Par ailleurs, jusqu'en 1952, une imprécision générale à propos du pian ainsi qu'une ignorance totale de la syphilis endémique demeuraient constatables. Même la fréquence de la syphilis vénérienne chez les Bwa, devenu légendaire, est à relativiser car une expérimentation durant la dernière décennie de la colonisation, dans les cantons de Kotédougou, Kari, Béréba, Ouakuy, Nanergué, avait montré la présence de 3,01 % de pian sur une population de 60 431 personnes visitées qui comptait, par ailleurs, en moyenne, 4,89 % de syphilis dit clinique, et 15,34 % de sérologie positive qui pouvaient être liés au pian ou à la syphilis vénérienne. Dans la prospection en pays Bwa et Dafing (Diemanso, Kossoba, Souma) de 1959⁷⁸, malgré la rareté des cas de syphilis clinique et la fréquence des cas de sérologie positive, aucune précaution, sous forme d'hypothèse, sur la présence du pian ne fut prise, même si cela se justifiait à cause de la présence du pian dans les villages Bwa où le pian fut signalé. En conséquence, des amalgames entre la syphilis vénérienne et le pian étaient bien possibles. En outre, des campagnes de masses furent ordonnées dans le Nord, le Sud et le Sud-Ouest de la Haute-Volta contre la syphilis endémique et le pian entre 1956 et 1960 avec l'appui d'organisations internationales telles que l'OMS et l'UNICEF. Aucune mesure sanitaire, de l'envergure des politiques de lutte contre la syphilis endémique et le pian, ne fut prise contre les maladies dites vénériennes, en dehors de la lutte contre la prostitution.

À la lumière de la découverte de l'ampleur de la syphilis endémique et du pian au cours des années 1950 - dont les rapports sanitaires ne tinrent pas compte au cours des années précédentes - il est permis de dire que les services sanitaires étaient enclins à faire des confusions entre la syphilis vénérienne et les autres tréponématoses du début de la colonisation à 1949-1952, tout comme en Ouganda pendant la colonisation britannique⁷⁹. Surtout, des cas de pian et de syphilis endémique - tréponématoses non vénériennes qui étaient contractées surtout par les jeunes, et aussi par les semi-nomades dans le cas du béjel - pouvaient être confondus à des cas de syphilis dite

⁷⁸ OCCGE, Section tréponématose du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso, « Enquête séro-clinique polyvalente dans le secteur de Dédougou », décembre 1959, pp. 2-4.

⁷⁹ Vaughan M., 1991, *Curing their Ills, Colonial Power and African Illness*, Cambridge, Oxford, Polity Press, p. 138.

congénitale. En conséquence, la dimension accordée à l'expansion des MST, particulièrement, à la syphilis vénérienne, ainsi qu'à sa forme congénitale, jusqu'en 1952, devait être réévaluée, de même que l'importance accordée à la prostitution ainsi que son rôle dans le développement des maladies dites vénériennes.

Les jugements des autorités coloniales françaises se rapprochent de ceux qui avaient valu aux Ougandais une forte stigmatisation de la part des autorités coloniales anglaises. Si certains auteurs ont pu constater que la question vénérienne se manifesta en A.O.F sous des discours moins moralisateurs que dans les colonies anglaises d'Afrique à cause de la séparation entre l'église et l'Etat en France dès 1905⁸⁰, il apparaît toutefois que les signes de l'exagération du problème vénérien étaient évidents et un regard plus proche de la réalité dans la Haute-Volta coloniale montre un discours moral prégnant, en l'occurrence les discours sur la prostitution et son extension à des populations entières, ainsi que son prétendu rôle dans la diffusion des MST. Les discours sur la sexualité des populations et la question des MST étaient certes à rattacher à l'ignorance sur les différentes tréponématoses, à la faiblesse des structures sanitaires, au contexte colonial qui amenait souvent à barricader le raisonnement scientifique de préjugés racistes sur les autochtones, mais aussi indubitablement au contexte du développement de la syphilis vénérienne en Europe, son influence sur d'éventuelles dépopulations, qui fit naître de nombreux fantasmes⁸¹.

Conclusion

Les données statistiques utilisées dans cette étude ne sont pas continues dans le temps et l'espace, et il a fallu faire l'analyse avec des données souvent éparées, ce qui réduit leur crédibilité. Mais des données dispersées, qui ont l'avantage d'être indicatives, ne valent-elles pas mieux que l'absence de données ? Le constat qui se dégage à la fin de cette étude est que les MST, en l'occurrence la syphilis vénérienne et la gonococcie semblaient nombreuses en Haute-Volta, de même que les tréponématoses non vénériennes qui sont le pian et la syphilis endémique. C'est surtout après la seconde guerre mondiale, notamment à partir de 1952, que des politiques sanitaires dépassèrent le cadre d'un pilotage à vue pour devenir très organisée à l'égard des tréponématoses. En toute évidence, la lutte contre le pian et la syphilis endémique supplanta celle contre les MST, alors que celles-ci avaient attiré le plus l'attention des personnels des services de santé avant la découverte de la syphilis endémique. La lutte contre les MST bénéficia surtout de « l'arrière-effet » des autres actions médicales. La politique spécifique à leur égard se limita à la lutte contre la prostitution.

A travers l'étude historique couplée des MST et des tréponématoses, ainsi que celle des politiques sanitaires contre elles, et à la lumière de la découverte de la syphilis endémique en Haute-Volta après 1952, il semble judicieux de suggérer que des erreurs d'appréciations relatives à ces maladies, des exagérations - surtout de la part des dispensaires confessionnels - furent faites. Au moins le pian et la syphilis endémique

⁸⁰ Becker (C.) et Collignon (R.), 1999, *op. cit.*, p. 77.

⁸¹ Vaughan M., 1991, *op. cit.*, p. 131-132.

ont dû fréquemment être confondus à la syphilis vénérienne, notamment à la syphilis congénitale, au moins dans les régions du sud, sud-ouest et du Sahel en Haute-Volta pendant les cinq premières décennies de la présence coloniale. Cela pouvait s'expliquer essentiellement d'une part par le niveau d'ignorance scientifique sur ces maladies, l'insuffisance des structures sanitaires, certaines ressemblances cliniques et biologiques entre ces maladies, et d'autre part par les présupposés raciaux inhérents à l'œuvre de colonisation et renforcés par le spectre de la syphilis en rapport avec la théorie de « la dégénérescence de la race » en Europe. Ces faits rendent les données sur la syphilis vénérienne en général peu crédibles, mais l'évocation fréquente de la gonococcie suggère que la syphilis vénérienne était aussi fréquente et importante, étant donné le mode de transmission sexuel de ces deux maladies. C'est leur évaluation crédible qui a été problématique. Ces contingences ont fort probablement joué sur les jugements de valeur portés sur la sexualité des colonisés à travers l'extension supposée de la prostitution aux femmes en général et son rôle dans la propagation des MST. Il est à vérifier si ces contingences n'ont pas biaisé l'appréciation de l'importance des MST et de la prostitution dans d'autres pays de l'AOF comme le Sénégal.

En Haute-Volta, le déclassement de la question de la syphilis vénérienne à un niveau apparemment moins prioritaire que celui des tréponématoses non vénériennes dans les politiques de santé, ainsi que les conséquences des mutations sociales coloniales, pouvaient être favorables à l'accroissement du potentiel extensible des MST, ce qui pouvait, à long terme, en l'absence de politique sanitaire conséquente, constituer un soubassement à l'explosion du VIH/SIDA. Il est à se demander par ailleurs si la lutte contre la syphilis endémique poursuit son cours après la colonisation jusqu'à son élimination des problèmes de santé publique comme cela semblait être le cas du pian déjà vers la fin de la colonisation.

Éléments de sources et de bibliographie

Archives

CAOM – Aix-en-Provence

CAOM 14 MI 1677, FA, AOF, Série G, 2 G 14/18, bobine 546 suite; GG de l'AOF, l'AOF en 1914, *Rapport d'ensemble* (pas spécifié sur le microfilm).

CAOM, 14 MI 1634, FA, AOF, série G, 2 G4/16, bobine 503, Haut – Sénégal - Niger, *Rapport d'ensemble sur la situation générale de la colonie en 1904*.

CAOM, 14 MI 1754, FA, AOF, série G, 2 G33/25, Côte-d'Ivoire, *Rapport médical annuel*, année 1933.

CAOM, 14 MI 1837, 2G24/17, 1942, Niger, *Rapport annuel*.

CAOM, 14 MI 1837, FA, AOF, série G, 2 G42/14, Service de santé de Côte-d'Ivoire, *Rapport annuel 1942*.

CAOM, 14 MI 1837, FA, série G, 2 G42/17, Niger, *Rapport annuel*, Partie médicale, 1942.

CAOM, 14 MI 1844, FA, AOF, série G, 2 G43/9, bobine T 13, Services de santé de la Côte-d'Ivoire, *Rapport annuel 1943*, 30 juillet 1944, le Médecin Colonel Vendra, Directeur local de la santé publique de la Côte-d'Ivoire, partie médicale, 1943.

CAOM, 14 MI 1871, 2 G46.15, *Rapport annuel Côte-d'Ivoire 1946*.

CAOM, 14 MI 1891, FA, AOF, série G, 2 G48/25, bobine 760, Haute-Volta, Service de santé, *Rapport annuel 1948*, Partie administrative, Partie médicale, par le médecin Lt-Colonel Quindec (P.), Directeur local de la santé publique de Haute-Volta.

CAOM, 14 MI 2421, FM, AOF, sous-série G, 17 G 381, Madame Savineau, conseillère technique de l'enseignement, Rapport à Mr. le Gouverneur Général de L'AOF, Bobo-Dioulasso.

CAOM, 14 MI 2642, FM, AOF, sous-série G, 2 G32/164, Cercle de Batié, *Rapport Annuel d'ensemble*, Année 1932.

CAOM, 14 MI 2650, FM, série G, 2 G33/88 AOF, Cercle de Gaoua, *Rapport trimestriel*, deuxième trimestre 1933.

CAOM, 14 MI, 1660, FA, AOF, série G, 2 G11/19, bobine 529, GG de l'AOF, Haut-Sénégal et Niger, service de santé, *Rapport d'ensemble annuel sur l'état sanitaire de la colonie pendant l'année 1911*.

CAOM, 14 MI, 1673, FA, AOF, Série G, 2g13/30, bobine 542, GG de l'AOF, l'AOF en 1913, *Rapport d'ensemble annuel*.

CAOM, 14 MI, 1747, FA, AOF, Série G, 2 G32/31, GG de l'AOF, Colonie de la Haute-Volta, *Statistique du rapport médical annuel*, Année 1932.

CAOM, 14 MI, 1827, FA, AOF, série G, 2 G41/10, Colonie de la Côte-d'Ivoire, *Rapport annuel 1941*, partie administrative.

CAOM, 14 MI, 1828, FA, AOF, série G, 2 G41/16, bobine 697, Soudan Français, service de Santé, Rapport annuel, année 1941, Partie médicale, par le médecin L. F. Solier, chef du service de santé.

CAOM, 14 MI, FA, AOF, série G, 2 G33/18, Colonie du Niger, *Rapport médical mensuel de 1933*.

CAOM, FA, série 2 G30/4, Colonie de la Haute-Volta, Service de santé, *Rapport médical annuel*, 1930.
Colonie de Haute-Volta, Service local de la santé, *Rapport annuel 1951*.

OCCGE - Bobo-Dioulasso

Projet de plan d'opérations pour la continuation du projet de lutte contre les tréponématoses en République de Haute-Volta ». Bobo-Dioulasso, le 26 septembre 1959. Projet auquel participent : Médecin-commandant Ridet (J.), Chef Section Tréponématoses – Marti (R.) et Cuspilici (S.), représentant FISE (Fond international de secours à l'enfance).

OMS, Int/VDT/147, 11 janvier 1960, Le pian et la syphilis endémique en AOF, Rapport d'une tournée effectuée par le Dr. Hackett (C. J.) du 13 octobre au 9 décembre 1958.

République de Haute-Volta, Service des grandes endémies, Direction, Tréponématoses S/D.

RIDET (J.), (médecin-capitaine de la section tréponématoses du SGHMP de Bobo-Dioulasso), 1952, Prospection expérimentale de la syphilis dans le canton de l'Oudalan (Cercle de Dori - Haute-Volta).

RIDET (J.), Les tréponématoses en Afrique Occidentale et plus particulièrement en Haute-Volta, S/D.

Section Biologie-Tréponématose du Centre Muraz, Campagne de masse contre les tréponématoses dans la république de Haute-Volta, S/D. 4 p.

Section tréponématose du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso, Enquête séro-clinique polyvalente dans le secteur de Dédougou, décembre 1959.

Centre de documentation du Secrétariat du gouvernement – Ouagadougou (B. F.)

Arrêté n°2384 AE, In, *Journal officiel de la côte -D'ivoire* du 31 août 1934, 40ème année, n°16. p. 676.

Arrêt n°133 A.G, In, *Journal Officiel de la Côte -D'ivoire*, 42ème année n°2, 21 janvier 1936. p. 89.

Articles

Afrique Médecine Santé- n° 3- juillet/août 1997, « Les maladies sexuellement transmissibles: un défi de santé publique ». p. 10.

BECKER (C.) et COLLIGNON (R.), 1999, « Politique démographique et sanitaire face aux « maladies sexuellement transmises » en Afrique de l'Ouest – Perspective historique », In, Becker (C.), Dozon (J.-P.), Obbo (C.) et Touré (M.), éd., *Vivre et penser le sida en Afrique*, Karthala, Paris, pp. 133-149.

DIOP-MAR (I.), MARCHAND (J. P.) et DENIS (F.), PIAN-BÉJEL, *Encycl. Méd. Chir.* Paris, Maladies Infectieuses 8039 D10, 10-1981.

DOZON (J.-P.), « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », In, *Sciences Sociales et Santé* vol. III no 3-4 novembre 1985, pp. 28-56.

MOREL (P.), LAURENT (R.), REVUZ (J.), BONNETBLANC (J.-M.), 2002, « Maladies sexuellement transmissibles syphilitiques primaire et secondaire », In, *Ann. Dermatol. Venerol.*, 2002; 129:2S69-2S75.

NANA (M.), 1993, « Esquisse de la politique sanitaire coloniale et de l'action médicale en Haute-Volta (1905-1960) », In, François Olivier Touati, *Maladies, Médecines et Sociétés*, Paris, l'Harmattan et Histoire au Présent, 1993, Tome 2, pp. 287-307.

ONUSIDA, 1998, « Lutte contre les MST: mesures de santé publique », Collection meilleures pratiques de l'ONUSIDA.

RETEL-LAURENTIN (A.), 1977, « Les maladies dangereuses en Haute-Volta », In, *Notes et documents voltaïques* n° 2052. pp.99-105.

Traoré (A.), Niamba (P.), Barro-Traoré (F.), Sawadogo (S. O.), Ouoba (K.), 2004, « Le Bejel : une cause inhabituelle d'épistaxis et d'obstruction nasale », In, *Ann dermatol Venerol*, 2004, 131: 1S273-1S281.

VAUGHAN (M.), "Syphilis in colonial East and central Africa, The social construction of an epidemic", In, Ranger (T.) and Slack (P.), eds., *Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 269-302.

Ouvrages

DELOBSON (D.), 1934, *Les secrets des sorciers noirs*, Paris, Librairie Emile Nourry.

DENIS P., and BECKER C., 2006, *The HIV/AIDS Epidemic in Sub-Saharan Africa in a Historical Perspective*, Online edition, Réseau sénégalais "Droit, éthique, santé" / Senegalese Network "Law, Ethics, Health".

COULTER (H.), 1990, *Sida et Syphilis, un lien caché*, Maisonneuve, Paris.

Meyers Grosses Taschenlexikon, Band 22, B.I. Taschenbuchverlag, Mannheim – Leipzig – Wien – Zürich.

LOENZIEN (M. de), 2002, dans *Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA*, Paris, l'Harmattan.

QUETEL (C.), 1992, *History of syphilis*, Baltimore, The Hopkins University Press.

RADOLF (J. D.), In, BARON (S.) et al., 1996, *Medical Microbiology*, Fourth Edition, The University of Texas Medical Branch at Galveston, section I. Bacteriology 36. Treponema, CD-Rom.

TREADWELL (P.), 2001, *God's judgement? Syphilis and aids, comparing the history and the prevention attempts of two epidemic*, Writers club Press, San Jose, New York, Lincoln, and Shanghai.

VAUGHAN M., 1991, *Curing their Ills, Colonial Power and African Illness*, Cambridge, Oxford, Polity Press.

VIDAL (L.), 2000, *Femmes en temps de sida, expériences d'Afrique*, Paris, PUF.

Thèses et mémoire

BANHORO Y., 2005. L'expansion du VIH/SIDA au Burkina Faso : perspective historique, Thèse de doctorat en Histoire (PhD), Lit-Verlag, Hambourg.

DAMIBA M. E. A., 1985. Les maladies sexuellement transmises, problème de santé publique au Burkina Faso, thèse de doctorat en médecine, Université de Ouagadougou.

OUÉDRAOGO Wenceslas P. S., 1997. La prostitution à Ouagadougou de 1935 à 1994, mémoire de maîtrise, Université de Ouagadougou.

Entretiens oraux

CONOMBO (X.), Ouagadougou, 86 ans, infirmier, tradipraticien, Ouagadougou, 09.02.04 (décédé).

TRAORÉ (A.), Professeur de dermato-vénérologie, Hôpital Yalgado Ouédraogo Ouagadougou, Février 2005.