Journal of Internal Displacement ARTICLE
Special Issue: Volume 16, Number 2, July 2026, 68-83

DOI: https://dx.doi.org/10.4314/jid.v16i2.4s
: ORCID

Endémo-épidémies et Rationalisation des Mobilités de Travail en Afrique Occidentale Française (AOF), 1920-1958

Aissatou Seck

Résumé

Afin de s'inscrire dans la logique économique impériale du XX^e siècle visant à exploiter les ressources foncières et humaines, la France entame une politique dite de « mise en valeur » des colonies au sortir de la grande guerre. Elle s'appuie pour cela sur une colonisation de plantation et de peuplement. En Afrique occidentale française (AOF), ce projet fut imposé au monde paysan qui fut résolument engagé dans les productions agricoles (arachide, cacao, coton, etc.). Ceci, grâce à une politique coloniale de mobilité qui encourageait les déplacements de la main-d'œuvre de travail des colonies peuplées vers celles à faibles densités comme la colonie du Sénégal. A une période où sévissaient les maladies contagieuses et endémiques (fièvre jaune, variole, maladie du sommeil), ces mobilités ont posé des défis de surveillance sanitaire que cet article propose d'analyser à partir de la situation coloniale sénégalaise.

Mots-clés: Mobilité, travailleurs, endémo-épidémies, colonisation, Sénégal

Le *Journal of Internal Displacement* (JID), créé en juillet 2009, est la seule revue scientifique consacrée à l'ensemble des questions liées aux déplacements de populations à travers le monde. Grâce à la généreuse contribution bénévole du comité consultatif et de l'équipe éditoriale, la soumission, l'évaluation par les pairs et la publication des articles dans le JID sont entièrement **GRATUITES**. Le JID ne facture aucun frais de soumission aux auteurs.
Alertes par e-mail/Tirés à part/Autorisations: admin@journalofinternaldisplacement.org
Abonnement: JID est une revue en libre accès disponible sur les bases de données AJOL et EBSCO.
Archives: http://www.journalofinternaldisplacement.com/apps/auth/login?why=pw&try=1&wp=1&next=archive
Soumission (édition de juilliet 2026) : http://journalofinternaldisplacement.com/
Reçu le 25 février 2026, accepté le 7 juin 2026, publié le 4 juillet 2026
DOI: https://dx.doi.org/10.4314/jid.v16i2.4s

Affiliation Institutionnelle et Correspondance de l'Auteur

Ecole Doctorale Etudes sur l'Homme et la Société (ETHOS) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

Email de correspondance: aichaseck01@yahoo.fr

Remerciements

Je remercie les coordonnatrices et le coordonnateur de ce numéro spécial à savoir Elieth Eyebiyi, Johara Berriane et Veronica Fynn Bruey.

Abstract

In the early twentieth century, France sought to align with an imperial economic logic aimed at exploiting land and human resources through a model of plantation and settler colonization. In this context, it implemented a policy known as "colonial development" ("mise en valeur") in the aftermath of the First World War. In French West Africa (AOF), this policy was largely imposed on peasant societies already engaged in agricultural production (peanuts, cocoa, cotton, etc.). It relied on a colonial system of labour mobility that encouraged the movement of workers from densely populated areas to less populated territories such as Senegal. At a time when endemic and epidemic diseases (yellow fever, smallpox, and sleeping sickness) were widespread, these population movements posed significant challenges for health surveillance. This article examines these issues through the case of colonial Senegal.

Keywords: Mobility, workers, endemo-epidemics, colonization, Senegal

The Journal of Internal Displacement (JID), established July 2009, is the only scholarly journal committed to all displacement concerns worldwide. Thanks to the generous voluntary contribution from the advisory board and editorial team - manuscript submission, peer-review and publication of the JID is **FREE OF CHARGE**. The JID does not charge authors to submit articles.
Email Alerts/Reprints/Permission: admin@journalofinternaldisplacement.org
Subscription: JID is a Free Open Access Journal found on AJOL and EBSCO databases
Archives: http://www.journalofinternaldisplacement.com/apps/auth/login?why=pw&try=1&wp=1&next=archive
Submission (January 2026 Edition): http://journalofinternaldisplacement.com/
First received 25 February 2026, accepted 7 June 2026, Published 4 July 2026
DOI: https://dx.doi.org/10.4314/jid.v16i2.4s

Affiliation Institutionnelle et Correspondance de l'Auteur

Doctoral School of Human and Social Studies (ETHOS), Cheikh Anta Diop University of Dakar, Senegal

Email correspondence: aichaseck01@yahoo.fr

Remerciements

I would like to thank the coordinators of this special issue: Elieth Eyebiyi, Johara Berriane, and Veronica Fynn Bruey.

Endémo-épidémies et Rationalisation des Mobilités de Travail en Afrique Occidentale Française (AOF), 1920-1958

Aissatou Seck

Introduction

Entre le XIX[e] et XX[e] siècle, l'Afrique connaît plusieurs crises endémo-épidémiques. Leur propagation est facilitée par les mobilités militaires et commerciales liées à la conquête coloniale des territoires africains. Les études historiques des épidémies de variole (Gallay, H. 1909), du choléra et de la fièvre jaune (Pam, 2018), de la peste (Barry et Gualde, 2010), qui ont marqué l'histoire des pandémies des siècles précédents, établissent des liens entre mobilités et dispersion des maladies contagieuses en situation coloniale. Mais à côté de ces maladies, d'autres endémo-épidémies, comme la maladie du sommeil, ont émergé avec la colonisation de l'Afrique et les formes de mobilités qu'elle a créé (Osborne, 2014). Les connaissances médicales restent limitées à cette époque. Toutefois, les déplacements humains attirent rapidement l'attention des pathologistes et des épidémiologistes sur leur rôle dans la propagation des endémo-épidémies. Dès les années 1850, des dispositifs comme les quarantaines et les lazarets sont mis en place. Les passeports sanitaires deviennent également des outils de prévention sanitaire internationale imposées aux personnes en déplacement (Fauvel, 1880), renseigne sur les défis de surveillance des maladies contagieuses qui se sont posés à travers les mobilités de personnes.

En contexte colonial, les gouvernements européens cherchent à faire des colonies des sources de revenus impériaux pour les métropoles (M'Bokolo, 2008). Cette logique intensifie des mobilités qui vont accentuer la diffusion des endémo-épidémies à partir de 1920. Cette année détermine la politique opérationnelle de « mise en valeurs des colonies françaises (Sarraut, 1923) durant laquelle le travail forcé, l'introduction des cultures spéculatives ainsi que les migrations forcées (Ndao, 2020) vont contribuer à la diffusion des maladies. En 1920, l'effort au service de la patrie française était plus que jamais sollicité chez les administrateurs et les médecins dans le projet de valorisation des colonies françaises aux fins de disposer d'une main d'œuvre en masse, productive et protégée de la menace des maladies.

Cependant, la gestion des maladies en contexte de mise en valeur des colonies a suscité des tensions entre les administrateurs et les médecins coloniaux. Ces divergences sont une manifestation de l'apparition d'une nouvelle raison gouvernementale à savoir celle du libéralisme du XIX[e] siècle et dont la devise était de vivre dangereusement (Foucault, 1979 : 66-67). Les administrateurs et les médecins coloniaux devenaient ainsi des gestionnaires de dangers. En AOF, le danger se matérialisait à travers la propagation de maladies liées aux mobilités des travailleurs. Entre 1946 et 1958, les mobilités de travail ont été renforcées à travers la réorganisation des règlements de protection de la santé publique contre les endémo-épidémies contagieuses dont la maladie du sommeil. C'est dans cette période qu'intervient la loi du 7 mai 1946 abolissant le travail forcé, dont les conséquences sur la mobilité des travailleurs *navétanes* et sur leur contrôle sanitaire sont centrales dans notre analyse.

Cet article poursuit deux objectifs. Premièrement, il examine les défis et divergences soulevées par la gestion des maladies dans le cadre des mobilités de travail en AOF, en particulier au Sénégal durant les années 1920. Deuxièmement, il analyse comment la valorisation économique a engendré de nouvelles normes et pratiques de surveillance sanitaire entre 1946 et 1958, après l'abolition du travail forcé. L'article adopte une approche théorique qui mobilise les travaux de Michel Foucault sur la biopolitique (Foucault, 1979) et le contrôle des populations

(Foucault, 1975). Pour Foucault, l'art libéral de gouverner qui émerge entre XVIII[e] et le XIX[e] siècle, se focalise sur la vie biologique des populations exposées aux situations de danger comme lors des campagnes concernant la maladie et l'hygiène etc. Il découle de cette culture politique du danger, la mise en place de procédures de contrôle, et de coercition, en contrepartie de mécanismes de coercition et de contrôle des libertés (Foucault, 1979 : 68). En contexte colonial ouest-africain, cette analyse éclaire comment la réglementation des mobilités et le contrôle des maladies ont été articulés par les autorités coloniales françaises.

En AOF, la réglementation des mobilités, combinée au contrôle des maladies à travers des documents d'identification, permettait au pouvoir colonial d'articuler la gestion de l'espace (AOF) à celle des corps des colonisés. Les passeports sanitaires, les cartes de *navétanes* et les postes frontières n'étaient pas seulement des dispositifs médicaux. Ils participaient à la planification biopolitique destinée à la fois à protéger des maladies, la force de travail, et à surveiller les populations. Dans l'entre-deux-guerres et après, il se révélait crucial pour le gouvernement colonial de maitriser ces deux éléments pour les besoins de « la mise en valeur des colonies françaises » (Sarraut 1923).

L'article propose une approche historique à partir d'un ensemble de sources d'archives coloniales issues des Archives Nationales du Sénégal avec la Série H qui traite les questions de la situation sanitaire de la colonie et la série 2G qui recouvre l'ensemble des rapports des Services de Santé de l'AOF ; et de travaux historiques étudiant la gestion des maladies endémo-épidémiques et des mobilités de travail en AOF. La première section de l'article revient sur les mobilités de travail et sur les tensions entre logiques économiques et sanitaires dans les années 1920 en montrant comment les administrateurs et les médecins ont divergé face aux épidémies liées aux migrations de travail. La deuxième analyse la période 1946-1958 marquée par l'encadrement des mobilités de travail après l'abolition du travail forcé et le renforcement des dispositifs de contrôle sanitaires.

Mobilités de Travail et Contrôle des Endémo-épidémies dans les Colonies Françaises Africaines au Cours des Années 1920

La mobilité des travailleurs en situation de « mise en valeur » de l'AOF

Les mobilités de travail en AOF sont antérieures au programme de mise en valeur des colonies initié par le ministre français Albert Sarraut en 1923. Elles trouvent leurs origines à travers la politique d'une « colonisation rationnelle » adoptée par les puissances impériales au début du XX[e] siècle. Cette forme de colonisation s'organisait autour de deux forces socio-économiques : l'exploitation des terres et l'usage des ressources humaines en faveur des puissances colonisatrices (M'Bokolo, 2008 : 320). En AOF, l'exploitation des ressources humaines et foncières dans les sociétés colonisées s'intensifie dès 1920. Elle répond aux besoins de redressement économique auquel se retrouve confrontée la France des suites de l'impact économique de la Grande Guerre. Les grands investissements coloniaux (cultures vivrières, constructions de chemins de fer, et travaux publics) orientaient les mobilités de travail observées en AOF au cours de cette année C'était disait-on l'âge d'or des mobilités de travail avec les déplacements de main d'œuvre et les recrutements forcés en AOF (Fall, 1993 : 17).

Les besoins de main d'œuvre au Sénégal s'exprimaient dans le domaine de l'armée, du chantier ferroviaire Thiès-Kayes-Niger et de quelques grosses entreprises privées existantes dans la colonie (David, 1993 : 154). Parallèlement, la production arachidière qui déterminait l'une des principales sources de revenus du pays, favorisa des mobilités de travail au Sénégal. A ce titre, l'apparition des travailleurs *Navétanes* et la volonté de contrôler leurs mouvements à travers une

législation datant de 1921 (David, 1993 : 46) soulignent l'importance de la promotion des mobilités de travail effectuée en AOF par les administrateurs français.

Depuis que l'industrie française s'est avisée de tirer profit de cette graine riche en huile comestible, la filière arachidière devient le secteur dans lequel les autorités coloniales françaises stimulent l'économie sénégalaise. La production de cette ressource arachidière posait la condition *sine qua non* de disposer d'une main d'œuvre importante dont le Sénégal était en déficience à cause des crises sanitaires que le pays a enregistré entre le XIX^{e} et le début du XX^{e} siècle (Becker et Collignon 1998 : 6).

Les populations coloniales sénégalaises subissent de fortes mortalités causées par les épidémies de fièvre jaune, de choléra, de variole, du paludisme (Ndao et al, 2020). Toutes ces maladies ont enregistré de forts taux de morbidités et de mortalités chez les Européens comme parmi les populations locales. Les premières estimations des épidémies de fièvre jaune de 1900 dans la colonie du Sénégal ont été alarmantes. En effet, 45 % des expatriés français ont succombé à cette maladie (Diop, 1997 : 1216). Les épidémies de choléra, du paludisme, de la variole ont affecté durement les populations locales aux cours du XIX siècle. L'impact réel de ces maladies sur les effectifs humains africains a été difficilement chiffrable jusqu'à laisser croire aux acteurs coloniaux que les africains, notamment les noirs étaient immunisés de certaines maladies épidémiques. L'examen de l'état civil de la ville de Saint-Louis fournit des données précises : le choléra à lui seul, avait en 1893, provoqué 926 décès déclarés en deux mois, soit 5 % de la population locale. Corrélativement, les morts paludéens avaient des effets significatifs sur la mortalité générale de la population locale sénégalaise (Diop, 1997 : 1217).

D'ailleurs, le problème de la main d'œuvre s'est posé partout en Afrique subsaharienne depuis l'avènement de la traite des esclaves, des guerres de conquêtes, et des famines (David, 1993 : 48). Pourtant, ces causes de dépopulation semblaient presque négligeables face aux ravages bien plus dévastateurs des maladies endémo-épidémiques en Afrique noire (M'Bokolo, 2008 : 317). Face au manque de ressources humaines nécessaires à la valorisation économique des colonies, le gouvernement français adopta une stratégie de déplacement de travailleurs, des colonies les plus peuplées vers celles à faible densité. Ceci répondait aussi à d'autres préoccupations impériales en Afrique noire. Selon la conception colonialiste de la main d'œuvre, « les noirs africains possédaient une force de travail vigoureuse mais n'aimaient pas le travail et étaient insoucieux de l'avenir » (Mury, 1904 : 1). Les colonisateurs étaient persuadés que pour obtenir du travailleur noir un effort conséquent, « il était indispensable de le déplacer car s'il reste dans son milieu d'origine, son travail devient irrégulier et intermittent » (Mury, 1904 : 2). Le déplacement de la main d'œuvre devenait ainsi pour les colonisateurs, un moyen de stimuler les conditions d'exploitation permanente des travailleurs noirs hors de leur localité d'origine au profit du capitalisme colonial.

La promotion des mobilités de travail entraîne des inquiétudes sanitaires. Elle favorise la propagation des maladies contagieuses. En effet, la mobilité des populations était souvent citée parmi les facteurs favorisant la propagation de ces maladies (Laporte 1984 : 1). À mesure que les déplacements de main d'œuvre s'accentuaient dans le cadre de la « mise en valeur économique », les risques de diffusion et de contamination des maladies contagieuses augmentaient dans les colonies. Aussi, les médecins coloniaux ne manquaient-ils pas d'alerter les administrateurs sur les impacts de cette situation et de les interpeller sur les mesures à prendre concernant les mobilités de travail. Le médecin colonial français Raphael Blanchard signalait en 1911, la recrudescence de la trypanosomiase et de filariose dans les recrutements de main de main d'œuvre des tirailleurs et des travailleurs sénégalais (Archives de l'Institut Pasteur de Paris, Blanchard, 1912 : 163). De

même, plusieurs rapports des services médicaux de l'AOF insistaient sur le lien entre convois de main-d'œuvre et diffusion des maladies contagieuses.

Propagation des Maladies et Réactions des Autorités Médicales Face à la Mobilité des Travailleurs

Tout comme les administrateurs, les médecins coloniaux avaient une mission sanitaire à soutenir et à garantir dans le projet d'exploitation économique et sociale des colonies de l'AOF. Les objectifs qu'étaient faire et « disposer des noirs en qualité et en quantité » (Carde, 1926 : 67) traduisent bien leurs rôles fondamentaux dans les politiques de mise en valeur des colonies françaises. L'accroissement de la démographie et donc de la main d'œuvre africaine était menacé par la propagation des maladies contagieuses qui s'accentuait à travers les mobilités des travailleurs dans les colonies.

Depuis l'identification au début du XX^{e} siècle des différents modes de propagation des maladies contagieuses, les médecins coloniaux avaient constaté que la dissémination des maladies en AOF était accentuée par les flux migratoires observés dans le cadre de la mise en valeur du domaine colonial français au cours des années 1920. En 1927, les autorités médicales françaises véhiculaient l'opinion selon laquelle, les « noirs » représenteraient des réservoirs de virus des maladies endémo-épidémiques en AOF (Pam, 2018 : 166). La recrudescence de la fièvre jaune, de la variole, de la maladie du sommeil ou encore de la méningite cérébro-spinale, était ainsi attribuée à la mobilité des travailleurs africains. Il était reproché à cette mobilité de faciliter la propagation des affections des zones infectées vers les zones saines. En plus d'un effet des déplacements humains sur l'épidémiologie des maladies transmissibles, il y avait aussi un effet de l'épidémiologie influençant la mobilité humaine (Laporte, 1984 : 8).

Malgré ces considérations et les alertes des médecins, les urgences de la *mise en valeur* exigeaient pour les administrateurs d'encourager la mobilité des travailleurs à partir des zones densément peuplées vers celles à faibles densités (Sarraut, 1923 : 373) comme le Sénégal. Les travailleurs mobiles constituaient pour les administrateurs, de la main d'œuvre indispensable pour la mise en valeur des colonies, notamment pour la culture de l'arachide au Sénégal, du café et du cacao en Côte d'Ivoire. Au nom du besoin urgent de mise en valeur, les administrateurs préféraient taire la présence de certaines affections comme la maladie du sommeil parmi les groupes recrutés (Bado, 1996 : 241).

Bien que réputée pour ses gros foyers épidémiques notamment de la maladie du sommeil, la région voltaïque était avec ces 2 millions de *Mossi* et 250 000 Gourounsi[1] (ANS 1H26/26 : 15) particulièrement sollicitée pour sa réserve de main d'œuvre nécessaire aux autres colonies comme le Sénégal. L'économie basée sur l'arachide faisait du Sine-Saloum une zone attractive pour des populations en provenance de la Haute-Volta mais aussi des autres colonies comme le Soudan. La mise en valeur arachidière de la colonie du Sénégal suscitait une migration saisonnière des travailleurs étrangers qui vont rythmer l'histoire du bassin arachidier sénégalais. L'estimation des déplacements effectués sur une durée de cinq ans à partir de 1921 était de 22 274 personnes vers l'ouest et particulièrement vers le Sénégal (David 1993 : 155).

Vue l'importance économique des mobilités de travailleurs et pour parer au contrôle des maladies et à la surveillance des mobilités de travail, les médecins coloniaux à travers notamment la commission pasteurienne de la Société de Pathologie Exotique, ont suggéré en 1920 au ministre

[1] Les Mossi et les Gourounsi, sont des communautés africaines appartenant à la Haute -Volta dans l'actuel Burkina Fasso. Voir à ce sujet Jean-Paul Lahuec et Jean-Yves Marchal.1979. La Mobilité du peuplement Bissa et Mossi, travaux et documents de l'ORSTOM n°103, ORSTOM Paris, p.25-35.

des colonies de renforcer la prévention administrative des endémo-épidémies liées à l'accroissement des mouvements migratoires. Les propositions faites indiquaient de surveiller le déplacement des indigènes, les recrutements militaires et le recrutement de la main d'œuvre. Pour ce faire, il fallait exiger un passeport sanitaire visé par un médecin pour chaque déplacement de l'intéressé, exempter le travail de portage et les travaux pénibles aux personnes malades dans les colonies (Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 1920 : 485). A cet égard, le décret du 22 octobre 1925, repris par l'arrêté du 29 mars 1926, organisait et réglementait en AOF les mobilités de travail avec une visite médicale des travailleurs au départ, de l'obtention d'un passeport sanitaire notant en particulier l'examen pratiqué de la maladie du sommeil, de la vaccination de la fièvre jaune et de la variole (ANS, 1H115/163 : 1). Malgré l'existence de ce dispositif réglementaire, son application trouvait un écho réservé au sein de certaines autorités coloniales.

Face à la crainte d'une imposition de formalités administratives médicales restrictives pour les mobilités, le gouverneur général Carde suggérait d'assouplir le contrôle sur les déplacements des populations en exigeant de ne vérifier que le respect de la règlementation fiscale et militaire, mais une fois ces exigences satisfaites, « ne pas entraver, laisser circuler et laisser travailler » (David 1993 : 49). Sa recommandation fait écho à travers l'argument de Michel Foucault selon lequel les techniques de contrôle médical s'appuyaient sur un modèle antérieur de surveillance fiscale et économique (Foucault, 1975 : 169). Autrement dit, c'est parce que l'administration coloniale française avait déjà mis en place des procédés pour contrôler la circulation des travailleurs à des fins fiscales puis militaires qu'elle a voulu par extension et adaptation, utiliser les mêmes dispositifs pour intégrer des visites médicales mais sans que celles-ci n'affectent la circulation des travailleurs en AOF.

Ainsi, les visites médicales effectuées dans le cadre des mobilités de travailleurs mettaient surtout l'accent sur le contrôle de la fièvre jaune et de la variole. A cause de leur rapidité de propagation et de leur létalité, ces maladies suscitaient le plus de crainte et des mesures préventives. Certes, il existait une visite médicale des travailleurs conformément aux instructions données par le gouverneur général Carde en 1926 faisant œuvre de mesures de contrôle sanitaire générales concernant la fièvre jaune, la variole, la maladie du sommeil etc. (Carde, 1926 : 54). Mais au cours des visites médicales, la prévalence du contrôle de la fièvre jaune et de la variole dictait à elles seules, l'essentiel des mesures préventives du fait de leur contagiosité mortelle menaçant directement la disponibilité et la productivité de la main d'œuvre. De ce fait, la crainte politique qu'elles suscitaient, à travers la mobilité des travailleurs, poussait les administrateurs à les placer en priorité dans les visites médicales.

En revanche le diagnostic de la maladie du sommeil était rarement précisé dans le recrutement des travailleurs et des tirailleurs. En effet, l'endémo-épidémie sommeilleuse était difficilement dépistable dans les groupes recrutés. Elle était souvent assimilée à d'autres maladies comme le prurit, l'hyperesthésie, la tachycardie (Founials, 1938 : 780). Cette situation suscitait souvent des divergences entre les administrateurs soucieux de fournir des résultats immédiats dans l'exploitation des colonies et des médecins animés du désir de préserver et « sauver la race noire » contre les maladies, dont celle du sommeil. La gestion de la maladie du sommeil suscite des divergences. Les médecins n'étaient pas toujours favorables à la mobilité des travailleurs alors que certains administrateurs doutaient même de l'existence de cette pathologie en AOF.

En Haute Côte d'Ivoire, par exemple, lors d'une mission d'inspection en septembre 1934, de grands rassemblements de personnes dépistées de la maladie du sommeil ont été présentés au gouverneur Reste dans le cercle de Dédougou à Koury. Toutefois, c'est avec colère que le

gouverneur déclarait que ces personnes pouvaient travailler et produire et qu'elles n'étaient donc pas malades. Selon lui, la maladie du sommeil était une « invention des médecins et une mauvaise blague médicale » à laquelle il ne croyait pas (ANS, 2G39/75 : 1271-1272.). Il faudra attendre les missions du médecin Eugène Jamot en 1935 (ANS, 2G35/20, 1935, p.111.) et de Gaston Muraz en 1938 (ANS, 2G39/75, 1939) pour faire admettre aux administrateurs les sérieuses menaces de la propagation de la maladie du sommeil à travers les déplacements mais aussi ses impacts à long terme sur la démographie en rendant les hommes et les femmes stériles. Face à cette réalité pathologique qui entravait directement la disponibilité de la main d'œuvre pour l'avenir du projet colonial français, les administrateurs étaient obligés d'accorder plus d'attention aux recommandations des médecins. Ainsi pour soutenir le contrôle médical des migrations en situation coloniale, notamment celles des travailleurs déplacés au titre de la politique de la mise en valeurs des colonies, de nouvelles réponses sanitaires ont été adoptées et appliquées en AOF à partir des années 1940.

Encadrement des Mobilités de Travail et Surveillance des Maladies Contagieuses en AOF entre 1946 et 1958

La mise à jour du contrôle sanitaire des travailleurs en 1946

La suppression du code de l'indigénat et l'institution de la loi du 7 mai 1946 ont permis aux colonisés de retrouver une part significative de leur liberté et de remettre en cause le pouvoir de contrôle des autorités coloniales françaises sur les populations africaines. Dans le secteur de la santé, la surveillance des maladies était dénoncée à travers le refus des africains de se soumettre aux visites et contrôles sanitaires des médecins qui leurs imposaient de longues heures d'attente dans les rassemblements de dépistages. En effet, le médecin colonel Gaston Muraz fustigeait l'attitude réticentes des populations de l'AOF aux contrôle médicales en ces termes « Au nom de la totale liberté, que leur conférait leur naissante citoyenneté, les Noirs refusèrent de se rendre peu à peu aux visites sanitaires et même celle des traitements : finis les rassemblements de collectivités autrefois presque complets pour le dépistage des maladies endémo-épidémiques, de la maladie du sommeil en particulier, négligés les séances de vaccination, oublié le chemin du dispensaire et de la maternité » (Muraz, 1948 : 123).

L'abrogation du code de l'indigénat eut également des impacts significatifs sur le contrôle médical de la main d'œuvre, de la fièvre jaune, la variole et la maladie du sommeil en AOF. La loi du 11 avril 1946 a entrainé l'abolition du travail forcé dans les colonies et supprimé les visites médicales d'engagement et de fin de contrat (Domergue-Cloarec, 1997 :1234). Le gouvernement français décida alors de revisiter les règlements sanitaires qui régissaient jusque-là, la protection de la santé publique dans les colonies de l'AOF. Avant 1946, la législation de la santé publique dans les colonies françaises était particulièrement soutenue par des logiques hygiénistes, de lutte contre les maladies contagieuses et l'essor de la vaccination. Néanmoins, les nouvelles libertés acquises par les africains avec la suppression de l'indigénat ont révélé les limites de cette législation qu'il fallait mettre à jour pour renforcer la sécurité sanitaire publique aux colonies.

En AOF, la surveillance des maladies à travers les mobilités de travail reposait jusqu'en 1946 sur le décret du 14 avril 1904, renforcé par des textes subséquents en particulier le décret du 22 novembre 1927 pour la protection de la santé publique. Ces textes laissaient subsister de très importantes lacunes au sujet du contrôle et de la surveillance des maladies dans les mobilités (ANS, 1H57/163, Sanner et Habay, 1952 : 3). En effet, les pénalités prévues pour les infractions au respect des mesures restrictives dans les déplacements n'étaient applicables qu'en cas de danger imminent constaté par arrêté du gouverneur, dont les priorités étaient plus souvent centrées autour des

maladies pestilentielles telles que la fièvre jaune. La vaccination contre cette maladie était rendue obligatoire au cours de la première année de la vie et une revaccination exigée au cours de la vingt-et-unième année. Aucun texte n'imposait clairement la vaccination antiamarile quadriennale[2]. Seule l'ordonnance du Général De Gaulle prescrivait cette vaccination sans mentionner la périodicité à suivre (ANS, 1H57/163 : 21). Cette ordonnance reprenait le décret du 24 janvier 1944 signé par De Gaulle à Alger prescrivant que la vaccination est obligatoire pour toute la population européenne et indigène de l'AOF, de l'AEF, du Cameroun et du Togo. A cela s'ajoutait aussi le fait que les rassemblements de populations aux passages des frontières pour le dépistage des maladies ne reposait sur aucune base légale (ANS, 1H57/163).

Avant 1946, le régime de l'indigénat servait de principal outil coercitif. Il permettait aux médecins et administrateurs d'imposer des mesures sanitaires strictes. Celui-ci leur conférait le pouvoir de punir les infractions liées à la protection de la santé des collectivités et par conséquent d'imposer des restrictions sur la surveillance des maladies à travers les mobilités. Avec la fin du régime de l'indigénat, le pouvoir de contrôle des administrateurs et médecins sur les populations africaines était affaibli. Leur capacité de surveillance des maladies dans le cadre des mobilités à l'intérieur des colonies et entre les colonies en a également pâti. Face aux nombreux rapports attestant de la situation problématique des libertés exprimées dans les colonies, la Direction Générale de la Santé Publique s'engageait en 1950, à proposer des modifications au décret du 14 avril 1904 relatif à la protection de la Santé Publique (ANS, 1H23/26).

Toutefois, la migration de la main d'œuvre semblait nécessiter une réglementation urgente afin de protéger la santé publique. Le problème soulevé par la circulation des travailleurs nécessitait de revoir la législation sanitaire pour les contrôles migratoires afin de rectifier la mauvaise interprétation des libertés individuelles et collectives acquises par la population africaine avec suppression du « code de l'indigénat en 1946 ». Pour cette raison, les dispositions de l'arrêté du 26 mars 1926 sur le contrôle sanitaire des travailleurs ont été mises à jour sous la prescription du Haut-commissaire de la république en AOF. Il était question à partir des années 1940, d'exiger une visite médicale au départ des travailleurs, l'obligation du passeport sanitaire notant en particulier l'examen pratiqué de la trypanosomiase, la vaccination de la variole et de la fièvre jaune. Il était également prévu un arrêt de toute mobilité dès les premières constatations de cas de méningite cérébro-spinal et un contrôle sur place des travailleurs par un médecin de l'inspection du travail (ANS, 1H115/163, 1949 : 1).

Afin de faciliter l'application de toutes ces mesures, et éviter leur impopularité, les autorités introduisirent de nouveaux dispositifs dont les cartes sanitaires pour les migrants. Dans cette perspective, la notification de l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) du 15 octobre 1954 joua un rôle central : celle-ci exigeait des certificats de vaccination antivariolique et antiamarile à tout voyageur arrivant en AOF en provenance de tous les pays (ANS, 1H110/163). Dès 1948, l'OMS a eu un impact significatif dans la gestion de la santé publique des colonies grâce aux principes de l'ONU (Organisation des Nations Unies), dont la charte avait été ratifiée par la France colonisatrice. Les territoires d'outre-mer françaises dont l'AOF étaient couverts par l'application des règlements sanitaires et la France était responsable de la mise en œuvre de ces règlements dans ses colonies. Ainsi, les passeports sanitaires prévus par la réglementation en vigueur ne devaient être délivrés que sur présentation préalable de la carte de vaccination antivariolique et antiamarile[3].

Afin de soutenir la liberté de travail introduite par la loi du 11 avril 1946 et maintenir la protection de la santé publique, les travailleurs pouvaient disposer d'une carte de travailleur

[2] Il s'agit ici de la vaccination contre la fièvre jaune qui devait faire objet de rappel toutes les quatre années.
[3] Respectivement les vaccinations contre la variole et la fièvre jaune.

permettant de bénéficier d'un billet de voyage gratuit (aller et retour) par chemin de fer sur simple présentation de cette carte, sur laquelle étaient apposés, tous les 15 jours, des timbres par l'employeur indiquant que le travailleur a bien effectué ses mois de contrat et peut donc prétendre à un retour gratuit (ANS, 1H115/163). La carte devait consigner le résultat d'un examen pratiqué par un médecin-chef de poste, en particulier celui du service de la trypanosomiase, et constater que l'intéressé est à la fois indemne de toute maladie aigue et chronique mais aussi de la trypanosomiase. Toutefois, en cas d'épidémie de méningite cérébro-spinal, le gouverneur local peut décider de la non-délivrance de cette carte par les chefs de cercles et de la non recevabilité à la gare de la carte qui porte l'examen médical et les vaccinations de son titulaire (ANS, 1H115/163). Tout en n'allant pas à l'encontre de la liberté de travail, l'application de ces mesures devait surtout rendre flexible le contrôle des travailleurs. Ce travail de contrôle se matérialisait surtout au niveau des frontières qui séparent les colonies et constituent le lieu de transit des migrants en AOF.

La Surveillance des Maladies et des Mobilités de Travail aux Frontières sud du Sénégal

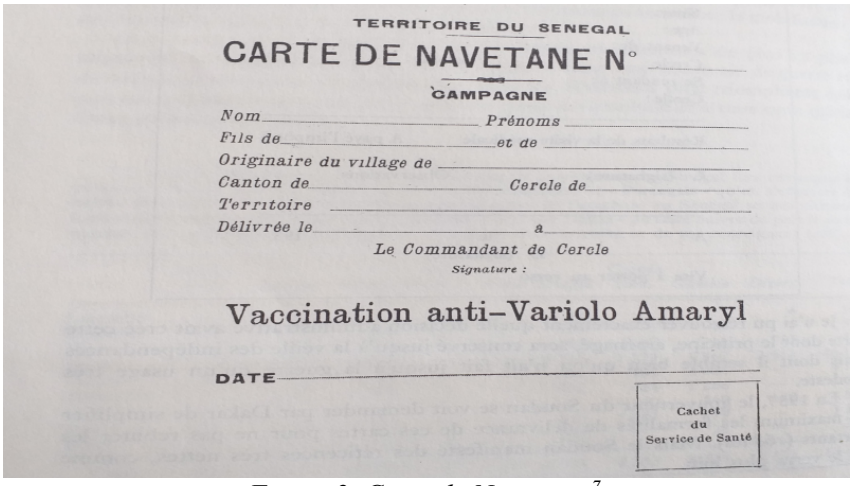
A partir des années 1946, la surveillance des endémo-épidémies contagieuses au niveau des frontières de l'AOF se renforcent dans les courants migratoires. Au Sénégal, la Casamance considérée comme le bastion de la maladie du sommeil (ANS, 2G46/651946 : 267) et le lieu de transit de nombreux travailleurs, était dotée de différents postes filtres et postes frontières[4] rationalisées par un arrêté du 28 septembre pour la lutte contre la maladie du sommeil en AOF (Journal Officiel du Sénégal, 1939 :817). Ce sont les postes filtres de M'Pack, Selety et Diocadou, installés à Bignona pour assurer le contrôle sanitaire des populations transitant par la route de Guinée Bissau et de Bathurst (aujourd'hui Banjul). En Haute-Casamance, à Kolda, le contrôle était envisagé dans les postes filtres de Toubacouta, Manda, Sarré N'Diaye et Tonguya pour la surveillance des passages de la Gambie. En 1946, 184 migrants originaires de la Guinée Portugaise ont été identifiés comme des porteurs de la maladie du sommeil : 160 furent dirigés dans l'hypnoserie[5] de Sédhiou et trois malades en provenance de la Gambie (ANS, 2G46/11, 1946 : 30). L'établissement de ces postes de surveillance des maladies notamment de l'endémo-épidémie sommeilleuse montrait l'ampleur des migrations de travailleurs. Le passage des travailleurs aux frontières permettait leur contrôle fiscal et médical. Une assistance médicale au niveau des frontières fut proposée aux travailleurs qui trouvaient aussi leur intérêt à se protéger des affections contagieuses pour ne pas tomber malades dans les lieux de travail.

Pour les travailleurs *navétanes* quittant le Fouta Djalon et le Mali en direction de la zone arachidière sénégalaise, la région de Tambacounda servit de zone de transit. Par des regroupements de travailleurs, les navétanes du Fouta Djalon rejoignaient ceux du Soudan que Bamako et Kayes expédiaient par wagons entiers en direction du Sénégal. Le passage des travailleurs navétanes à la frontière de Tambacounda fut organisé pour la première fois en 1943 dans le cadre du contrôle des flux migratoires liés au recrutement militaire que Philippe David appelle le *Navétanat* militaire (David, 1980 : 340.) Il s'agit des travailleurs migrants venus se faire recruter dans l'armée coloniale française pour la durée d'une campagne. Tambacounda devint ainsi en 1944 un poste frontière officiel pour le contrôle administratif et sanitaire de ces travailleurs saisonniers.

[4] Centres de triages, d'examens et de surveillance des entrées et de sortie d'une colonie à une autre.
[5] Centre d'hospitalisation destiné à accueillir particulièrement les personnes dépistées et souffrantes de la maladie du sommeil.

Figure 1. Embarquement des navétanes à Tambacounda (colonie du Sénégal)[6]

A la frontière de Tambacounda, des journées entières étaient consacrées entre le mois de mai et la fin de juin à l'identification, l'enregistrement, le fichage et la vaccination de milliers de *navétanes*. La carte de *navétane,* créée en 1934 devint à ce titre le dispositif bureaucratique d'identification de ces travailleurs. Ceux-ci étaient aussi contrôlés et soumis aux formalités de l'impôt et de la santé requises pour les personnes en déplacement dans les différentes colonies de l'AOF.



TERRITOIRE DU SENEGAL

CARTE DE NAVETANE N°

CAMPAGNE

Nom _____ Prénoms _____

Fils de _____ et de _____

Originaire du village de _____

Canton de _____ Cercle de _____

Territoire _____

Délivrée le _____ à _____

Le Commandant de Cercle

Signature :

Vaccination anti-Variolo Amaryl

DATE _____

Cachet du Service de Santé

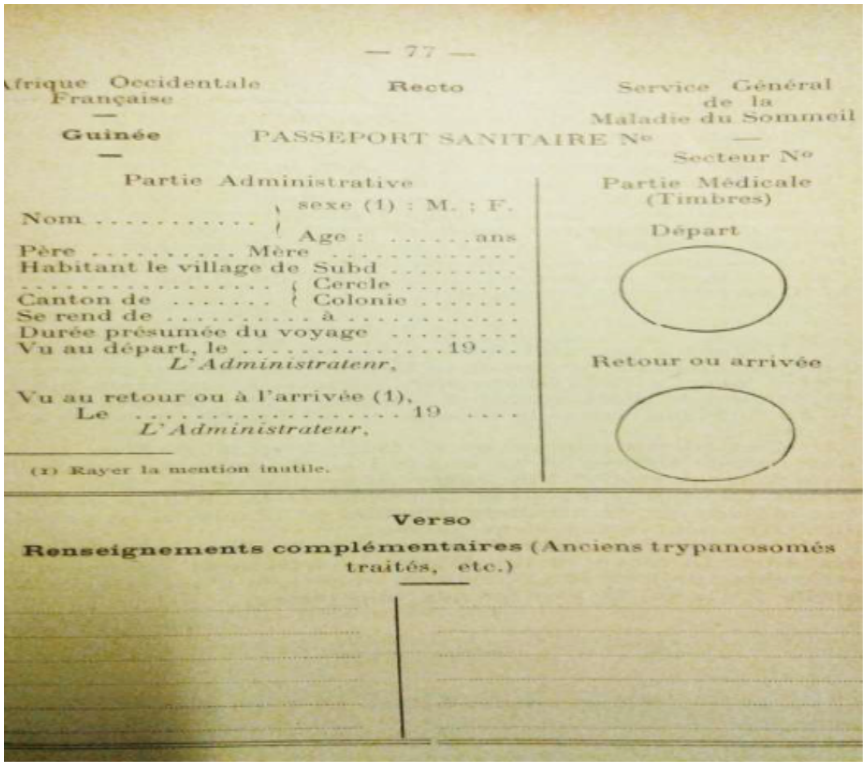
Figure 2. Carte de Navettage[7]

Cependant cette carte ne prenait en compte que les mentions résultant de la visite médicale liée souvent à la vérification de la vaccination antiamarile et antivariolique et portant le cachet du service de santé. Ainsi que le stipulent les règlements de la mobilité des travailleurs, l'examen de la maladie du sommeil devait aussi y être consigné. Afin d'être en phase avec la nouvelle législation sanitaire des années 1946, les autorités médicales du Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil créé en 1939 en AOF, déployaient au niveau des frontières un service de contrôle médical avec la création de postes filtres et postes frontières où étaient produits des

[6] Source : David 1980.
[7] Source : David 1980 : 92.

passeports sanitaires dans le cadre de la surveillance de la maladie du sommeil au sein des populations migrantes (Muraz, 1942). Chacun des postes était doté d'un infirmier spécialisé muni d'un microscope et du matériel technique strictement indispensable à l'établissement d'un diagnostic bactériologique (ANS, 2G47/7, 1947 : 207). Les infirmiers devaient signaler les patients infectés , les diriger vers un centre de traitement et délivrer un laisser-passer aux voyageurs reconnus indemnes de trypanosomiase.

Les conditions d'établissement de ce laisser-passer ou *passeport sanitaire* étaient définies par la circulaire du 4 Septembre 1939 relative au fonctionnement des secteurs spéciaux et annexes de prophylaxie de la maladie du sommeil (J.O.S, 1939, 1939). Sur cette base, toutes les populations migrantes se trouvaient soumises aux dispositions de ladite circulaire, dont celles réglementant le besoin de la surveillance des flux humains au niveau des postes filtres et frontières.


— 77 —

frique Occidentale Française — Guinée —

Recto

Service Général de la Maladie du Sommeil

PASSEPORT SANITAIRE N° —

Secteur N°

Partie Administrative

Nom ..... sexe (1) : M. ; F.

Age : .....ans

Père ..... Mère .....

Habitant le village de Subd .....

..... Cercle .....

Canton de ..... Colonie .....

Se rend de ..... à .....

Durée présumée du voyage .....

Vu au départ, le .....19...

L'Administrateur,

Vu au retour ou à l'arrivée (1),

Le ..... 19 ....

L'Administrateur,

(1) Rayer la mention inutile.

Partie Médicale (Timbres)

Départ

Retour ou arrivée

Verso

Renseignements complémentaires (Anciens trypanosomés traités, etc.)

Figure 3. Passeport sanitaire pour le contre de la maladie du sommeil en AOF[8]

L'établissement du passeport répondait à la nécessité d'obtenir des éléments d'identification à la fois administratifs et médicaux. Les informations administratives renseignent toutes les données à caractère individuelles relatives à la personne concernée (colonie d'origine, secteur, village, nom, prénom, etc.). Ces renseignements facilitaient un rapide repérage des travailleurs qui n'étaient pas en règle avec les obligations administratives, dont notamment le paiement de l'impôt. Au niveau du volet médical, sont consignées à l'aide de timbres, les dates d'aller et de retour du voyage. Ces dates servaient à déterminer le caractère temporaire du passeport sanitaire suivant la durée d'immunité des porteurs de trypanosome. Cependant, dans la plupart des colonies de l'AOF, les populations ne donnaient que des dates approximatives car elles

[8] Source : Muraz 1942 : 77.

connaissaient rarement la durée de leur séjour (Laveissière, 1973 : 4). Ceci contrastait avec la norme requise par la législation. Le passeport sanitaire dont la délivrance était obligatoire à l'entrée et dont le contrôle à la sortie des secteurs spéciaux et annexes, n'était valable que s'il est délivré dans les quinze jours précédant le départ de l'intéressé.

Les statistiques du service d'assistance médicale de la maladie du sommeil dans les postes filtres et frontières du Sénégal permettent d'estimer le nombre de passeports délivré aux personnes entrant dans la colonie du Sénégal entre 1947 et la fin des années 1950.

Année	Passeport individuel	Passeport collectif	Total des passeports
1947	618	0	618
1948	1 238	269	1 307
1949	2 261	24	2 285
1950	1 651	121	1 772
1951	1 064	47	1 111
1952	5 641	59	5 700
1953	1 183	13	1 196
1954	1 797	566	2 363

Tableau 1. Passeports sanitaires délivrés dans les postes frontières de la Casamance[9]

Ce tableau montre le nombre considérable de passages enregistrés au niveau des frontières sud du Sénégal à partir des passeports sanitaires produits. Il révèle également que deux types de passeport à savoir individuels et collectifs servaient de dispositifs de contrôle sanitaire à l'administration coloniale française en AOF. Sous ce rapport, les données d'archives ne nous permettent pas de préciser l'usage des passeports collectifs et les nombres de travailleurs inscrits et surveiller avec ce dispositif de contrôle sanitaire. Toutefois, un certain nombre de raisons peuvent expliquer la production des passeports collectifs au regard de l'importance de la mobilité des travailleurs en AOF notamment dans les zones rurales où des familles entières se déplaçaient à la recherche de travail et de meilleures conditions de subsistance dans d'autres colonies.

Cette situation est particulièrement saisissante dans le système du Navétanat au Sénégal où les opérations de vaccinations à Tambacounda se faisaient en couple (David, 1980 : 337.) afin de faire disposer aux travailleurs d'un passeport justifiant leur Etat de santé et leur évitant les rapatriements exigés dans le contrôle sanitaire des travailleurs en AOF. De plus, l'utilisation de ces passeports collectifs pouvait être une solution face au problème de la production et de la disponibilité de la papeterie qui s'est posé dans la métropole française en contexte colonial (Bourbier, 1940 : 388).

Cependant, le passage des frontières se faisait en pleine brousse, surtout à partir de 1954, avec l'arrivée massive de travailleurs saisonniers au Sénégal, notamment des *navétanes* originaires de Guinée et du Soudan pour la traite des arachides (ANS, 2G54/62, 1954 : 63). À ces flux s'ajoutait une main d'œuvre étrangère non recrutée, venue pour le commerce, l'agriculture ou entretenant simplement des relations familiales avec des populations locales. (ANS, 2G54/62).

Certaines communautés africaines en quête de travail hors de leurs colonies contournaient les dispositifs médicaux aux frontières. Elles empruntaient les itinéraires non surveillés afin d'échapper aux prélèvements fiscaux du pouvoir colonial. Les suspicions autour de l'usage des contrôles sanitaires comme moyens de recouvrement ont toujours été un motif rebutant la surveillance des maladies et de la santé publique dans les colonies de l'AOF (ANS, 2G6/21 : 14).

[9] Source : Sous-série 2G, données statistiques des rapports du SGHMP de 1947 à 1956.

Dans ce contexte, l'analyse de Foucault apparaît inversée. En Europe, notamment à Rochefort, les dispositifs de contrôle fiscal et économique ont précédé et rendu possible l'émergence des techniques d'observation médicale (Foucault, 1975/ 169). En AOF, c'est l'inverse qui va se produire à partir de 1946 : les dispositifs sanitaires deviennent progressivement des instruments de gestion des populations.

Les postes de contrôle médical aux frontières étaient devenus des lieux de surveillance fiscale indirecte sur les populations africaines. Soucieux d'être aptes pour le *Navétanat*, les travailleurs de l'AOF acceptaient les contrôles médicaux afin d'obtenir un passeport sanitaire et se faire vacciner au besoin. De ce fait, ils ne pouvaient pas toujours contourner les postes médicaux au risque de compromettre la protection de leur santé qui leur garantissait leur capacité de travail. L'administration coloniale française avait ainsi saisi cette contrainte volontaire des travailleurs pour simultanément les identifier, les enregistrer et les soumettre à des vérifications fiscales. Contrairement à la théorie foucaldienne, l'espace sanitaire a souvent servi de support à la fiscalité en AOF.

Conclusion

La volonté de la France d'exploiter les ressources humaines et territoriales des colonies africaines au début du XX^{e} siècle, a suscité d'importants défis en Afrique occidentale française (AOF), en particulier au Sénégal durant les années 1920. Ces défis étaient principalement liés au contrôle et à la surveillance des maladies endémiques et épidémiques dans un contexte de mobilité accrue des travailleurs des territoires colonisés. En effet, la gestion des maladies contagieuses a révélé des conflits d'intérêts économiques et sanitaires et créé des divergences d'opinion au sein de l'administration française. Ces divergences portaient sur la faisabilité et la contreproductivité d'un strict contrôle des maladies en situation de mise en valeur des colonies. Ce contrôle pouvait porter un coup à la mobilisation de la main d'œuvre alors même qu'il était supposé freiner la propagation des maladies pour assurer la disponibilité constante d'une main d'œuvre aux colonies.

Durant l'entre-deux-guerres, la politique de « mise en valeur » des colonies reposait sur la circulation intensive de la main d'œuvre des populations africaines afin de soutenir les intérêts économiques et financiers de la France métropolitaine à partir de ses colonies. Au Sénégal, l'intensification de la mobilité des travailleurs *navétanes* pour la culture arachidière illustre les bénéfices tirés par la France. Parallèlement, la prise de conscience parmi les médecins coloniaux, des effets de la maladie du sommeil sur la santé reproductive des populations et la récurrence des épidémies ont conduit en AOF à des pratiques de surveillance sanitaire. Celles-ci ont fini par articuler le contrôle des endémo-épidémies avec celui des mobilités des travailleurs.

La suppression du code de l'indigénat en 1946 et l'intervention de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la réorganisation des politiques de santé publique dans les colonies africaines ont eu des impacts significatifs dans la rationalisation de la surveillance des maladies endémo-épidémiques en contexte de mobilité. Elles ont permis à l'administration de corriger les lacunes juridiques observées dans les normes de gestion des maladies. Prises au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, les mesures afférentes ont contribué au recul de la propagation des maladies liées au déplacement des populations, principalement des travailleurs migrants en AOF. Les statistiques relatives aux passages aux frontières du sud au Sénégal témoignent des résultats obtenus.

En somme, entre 1920 et 1958, les déplacements de travailleurs dans le cadre de l'exploitation économique des colonies françaises, ont influencé la situation épidémiologique, contribué aux réformes de l'encadrement des mobilités de travail et aidé à renforcer la surveillance

des maladies transmissibles en AOF. Cependant, à mesure que les indépendances se dessinaient, les politiques migratoires, régulant aussi le contrôle des travailleurs, peinaient à être élaborées et suivies dans les colonies de l'AOF. Au Sénégal, au regard des rapports fournis sur le système de « Navétanat » à la veille des indépendances, le contrôle de travailleurs navétanes ainsi que la surveillance des endémo-épidémies ne mobilisait plus assez de rigueur politique entre 1958 et 1960.

Une telle situation semblerait être dictée par les transformations techniques et politiques rapides qui ont conduit à l'indifférence des autorités et des nouveaux administrateurs sénégalais envers le *Navétanat* organisé en dehors de Tambacounda. Contrairement aux motivations politiques coloniales qui ont manifestement dicté le contrôle et la surveillance des maladies dans les migrations de travail, l'Etat indépendant du Sénégal était plus soucieux d'affirmer sa souveraineté dans la gestion des flux migratoire en Afrique de l'Ouest. Cette affirmation de souveraineté s'est traduite par la mise en œuvre de nouvelles politiques frontalières au titre desquelles les dispositifs de contrôle hérités de la période coloniale ont été progressivement redéfinis au gré des enjeux diplomatiques et régionaux. Néanmoins, certaines continuités ont subsisté dans la surveillance des mobilités au-delà des indépendances.

Références Bibliographiques

Afrique Occidentale Française. 1947-1957. *Réglementation sanitaire internationale, Certificat de vaccination internationale, police sanitaire, Centre de vaccination, Contrôle sanitaires aux frontières*. Archives Nationales du Sénégal, 1H1105(163).

Afrique Occidentale Française. 1949-1957. *Compte rendu d'activité. Travailleurs voltaïques, Etude sur l'hygiène dans les camps de travailleurs 1932, Conférence d'Accra 1949, médecine et Hygiène d'entreprise, Mission d'étude des problèmes du travail*. Archives Nationales du Sénégal, 1H115(163).

Afrique Occidentale Française.1939.Service Général Autonome de la trypanosomiase. *Rapport d'inspection et d'organisation des régions contaminées de Maladie du Sommeil*, Bobo-Dioulasso(Haute-Volta). Archives Nationale du Sénégal, 2G39/75.

Afrique Occidentale Française 1954. Service Général d'HYGIENE MOBILE. *Rapport annuel sur l'activité du Service par le médecin -colonel MASSEGUIN et le médecin capitaine TAILLE-FER-GRIMALDI*, Archives Nationale du Sénégal, 2G54/62, 387 p.

Afrique Occidentale Française.1947. Service Général de Prophylaxie et d'Hygiène Mobile, *Rapport annuel*, ANS, 2G47/7, 216 p.

Bado J-P. 1996. *Médecine coloniale et grandes endémies au Sénégal en Afrique*, Paris, Kartala.

Barry, S. et Gualde, N. 2010. *La troisième pandémie de peste et les épidémies contemporaines : une nouvelle menace planétaire ? Démographie et santé. Actes du XIVe colloque national de démographie Bordeaux*, 21 au 24 Mai 2007.

Becker Ch. et Collignon R. 1998. *Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest*, Cahiers Santé, p. 6-411.

Blanchard, R., 1912. *Les troupes noires en Algérie et la santé publique*, Paris, Asselin et Houzeau.

Bourbier R. 1940. *Le problème de la Papeterie française et la Solution coloniale*. Revue de botanique appliquée et d'agriculture coloniale, p. 381-388.

Carde, J. 1926. *Instruction sur le développement de l'assistance médicale indigène sociale et sur la protection Sanitaire des travailleurs en AOF*, Dakar.

Laveissière, C. 1973. *Enquête entomologique et épidémiologique sur plusieurs cas de trypanosomiase humaine dans les secteurs d'Ouahigouya et de Yako (Haute-Volta)*, Doc. Tech. N° G.270 O.O.C.G.E.

Domergue-Cloarec, D. 1997. La prévention dans la politique sanitaire de l'AOF., in Becker, C. Mbaye, S. et Thioub, I., AOF *: réalité et héritage,* société ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960, p. 1228-1239.

David, Ph., 1993. *Les Navétanes, Histoire des migrants saisonniers de l'arachide en Sénégambie, des origines à nos jours,* Les Nouvelles Éditions Africaines, Dakar, Abidjan.

Diop, A. 1997. Les débuts de l'action sanitaire de la France en AOF, 1895-1920 : Le cas du Sénégal., in Becker, C. Mbaye, S. et Thioub, I., AOF *: réalité et héritage,* société ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960, p.1212-1227.

Fall, B. 1993. *Le travail forcé en Afrique Occidental Française* (1900-1945), Paris Karthala, 346 pages.

Foucault, M., 1975, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 360 pages.

Foucault, M., 1979, *Naissance de la biopolitique*, EHESS Gallimard Seuil, 355 pages. Fauvel, A. 1880. *La prophylaxie internationale au point de vue des maladies pestilentielles exotiques,* Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire, Paris : G. Masson.

Francis Mury, M. 1904. *La main d'œuvre aux colonies*, Paris, Le Peletier.

Gallay, H. 1909, *Trois années d'assistance médicale aux indigènes et de lutte contre la variole 1905, 1906, 1907*. Paris Larose.

Journal Officiel du Sénégal (J.O.S), *Arrêté n° 2742 S.S.M complémentaire de l'arrêté général n° 342 du 30 janvier 1939 portant l'obligation d'un passeport sanitaire dans les zones d'endémie sommeilleuse*.

Lahuec, J-P et Marchal, J-Y. 1979, La Mobilité du peuplement Bissa et Mossi, travaux et documents de l'ORSTOM n°103, ORSTOM Paris, p.25-35.

Laporte J-D. 1984. *Le jeu de la mobilité humaine dans l'épidémiologie des maladies transmissibles,* Université Aix-Marseille II, Faculté de médecine.

M'Bokolo, E. 2008. *Afrique noire, Histoire et Civilisation du XIX^e siècle à nos jours*, Hatier Paris.

Muraz, G., 1942, *L'Organisation du Service Autonome de la Maladie du Sommeil en AOF et Togo*, Algérie, Imprimerie polyglotte africaine.

Ndao, M. 2020. « La gestion des crises sanitaires en contexte coloniale : les épidémies de variole au Sénégal ». Épidémies et Société : les leçons du passé. *Revue Sénégalaise d'Histoire*, 10 : p. 45-69.

Osborne, M-A. 2014. *The emergence of tropical medicine in France*, University of Chicago Press.

Pam A.A, 2018, *Colonisation et santé au Sénégal (1816-1960), Crises épidémiques, contrôle social et évolution des idées médicales*, Sénégal, Harmattan.

Sanner, L. et Habay, J. 1924-1957. *Organisation de la santé publique dans une fédération de la F.O.M, l'AOF, extrait de la semaine médicale n° 40, 6 Nov. 1952*, Archives Nationales du Sénégal, 1H57/163, 1-8.

Sarraut, A. 1923. *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris Payot & C^ie.

Sénégal Service de Santé. 1935. *Rapport annuel médical* (partie administrative et partie médicale), ANS, 2G35/20, 239 p.

Sénégal, Service de Santé. 1946. *Rapport annuel, partie administrative et médicale*, ANS, 2G46/11, 168 p.