



# La lutte contre la méningite au Togo : une contribution à l'amélioration de la santé des autochtones à l'époque coloniale (1902–1960) ?

Kouzan Komlan\*

## Résumé

Lorsqu'en janvier 2016, l'épidémie de la méningite cérébro-spinale s'est déclarée au Nord-Togo et a provoqué plusieurs morts, le gouvernement togolais a dû prendre des mesures urgentes pour son éradication. L'exploitation de diverses sources documentaires, révèle que cette manifestation épidémiologique est une vieille question de santé publique qui s'est toujours posée aux populations locales et aux Européens depuis la période coloniale. Il s'agit, pour les colonisateurs, d'assurer leur santé et surtout celle des populations autochtones, qui étaient l'indispensable source de « mise en valeur » de leurs colonies. Commencée par le pouvoir colonial allemand, la lutte contre la méningite au Togo s'est renforcée sous l'administration française. Ardue, elle a porté sur les cercles de Sokodé et de Mango, les principales zones de prédilection de cette épidémie. À la veille de son indépendance, le Togo pouvait se réjouir d'avoir réussi à éradiquer cette maladie grâce à l'efficacité de la médecine moderne et d'avoir amélioré la santé de sa population. Cependant, la croissance démographique à laquelle a contribué cette lutte sanitaire constitua, à partir de 1960, à la fois un atout et un défi pour les nouveaux dirigeants du Togo indépendant.

## Abstract

When in January 2016, cerebrospinal meningitis epidemic erupted in Northern Togo and has caused several deaths; the Togolese government has to take urgent measures for its eradication. The exploitation of various documentary sources reveals that this epidemiological event is an old issue of public health that has always been faced by local people and Europeans since the colonial period. It is, for the colonizers, to ensure their health and especially that of indigenous people, which were the essential source of "development" of their colonies. The fight against meningitis disease in Togo begun with the German colonial

---

\* Maître de conférences en Histoire contemporaine, Université de Kara, Togo.  
E-mail : ekouzan2001@yahoo.fr; komlank@gmail.com

power and was reinforced under the French administration. Arduous, it focused on the circles of Sokode and Mango, the main areas of predilection for this epidemic. On the eve of its independence, Togo could rejoice to have managed to eradicate this disease thanks to the effectiveness of modern medicine and to have improved its population health. However, demographic growth which contributed to this health struggle, was, from 1960, both an asset and a challenge for the new leaders of independent Togo.

Dans un communiqué en date du 29 janvier 2016, le gouvernement togolais, à travers son ministre de la Santé et de la Protection sociale<sup>1</sup>, déclare 80 cas de méningite avec 8 décès sur l'ensemble du territoire, et invite la population à redoubler de vigilance et à se rendre au centre de santé le plus proche devant tout symptôme<sup>2</sup>. De Dankpen, le district sanitaire le plus touché avec 65 cas et 6 décès<sup>3</sup>, cette épidémie s'est étendue ensuite à la préfecture voisine de Bassar, aux régions des Savanes et Centrale, obligeant les autorités togolaises à prendre des mesures urgentes<sup>4</sup>. Le 22 juin 2016, le conseil des ministres constate que le Togo fait partie de la ceinture de méningite, qui va de l'Atlantique à la Mer Rouge, et estime à 1 820 le nombre de personnes affectées par l'épidémie et à 123 celui des décès<sup>5</sup>. Cette manifestation épidémiologique est une vieille question de santé publique qui s'est toujours imposée aux populations des localités concernées depuis la période coloniale. Elle nous autorise aujourd'hui à jeter un regard rétrospectif sur l'œuvre sanitaire coloniale, souvent présentée à travers ses succès comme le « volet positif des régimes coloniaux » (Hugon 2005:76), un moyen par lequel la colonisation s'est donné une légitimité (Ferro 1994:195-197<sup>6</sup>). Ainsi, à leur installation sur le continent africain, les colonisateurs européens comprirent très vite que leur santé et surtout celle des populations autochtones étaient l'indispensable condition de « mise en valeur » de leurs colonies. Ils eurent alors pour souci, selon les propos du ministre français des Colonies Albert Sarraut (1924), de « développer le capital humain pour faire fructifier le capital argent ». Afin d'atteindre cet objectif, des moyens furent mobilisés pour lutter contre les épidémies et les endémies, qui constituaient un véritable handicap pour l'essor économique des colonies. On s'occupa non seulement de la santé des Européens, mais aussi de celle des Africains, appelés « indigènes », afin de disposer d'une main-d'œuvre en bonne santé et moins chère (Alonou 2006:172). En dehors des maux comme la maladie du sommeil ou la trypanosomiase, provoquée par la mouche tsé-tsé, la variole et le paludisme contre lesquels les colonisateurs européens avaient sérieusement lutté<sup>7</sup>, on peut également citer la méningite cérébro-spinale<sup>8</sup>. C'était une lutte acharnée en raison de l'insuffisance des moyens disponibles, de la confrontation entre la médecine apportée par les Européens et la médecine traditionnelle africaine, ainsi que de la méconnaissance de ses causes par les populations autochtones<sup>9</sup>.

Ainsi, lorsque les Allemands, puis les Français colonisèrent le Togo, ils portèrent une attention particulière aux cercles du Nord (Dapaong, Mango, Lama-Kara, Bassar et Sokodé), où cette maladie était souvent signalée. La fréquence et la virulence<sup>10</sup> de cette épidémie menaçaient le développement de cette région et risquaient d'y faire échouer la politique de « mise en valeur ». En quoi la lutte menée au Togo contre la méningite cérébro-spinale par les différentes administrations coloniales contribua-t-elle à l'amélioration de la situation sanitaire de ce pays à l'époque coloniale ? Il s'agit de mettre en relief l'influence de cette affection sur la santé des populations autochtones et européennes et la réaction de celles-ci face à cette maladie, de 1902, année de sa découverte par le pouvoir allemand, jusqu'à 1960, l'année qui marque la fin officielle du régime colonial français et une nouvelle organisation des services de santé en Afrique<sup>11</sup>, en général, et au Togo, en particulier. Pour répondre à cette préoccupation, il a fallu mettre à contribution diverses sources : documents d'archives, rapports annuels de l'administration française sur le Togo adressés à la SDN et à l'ONU, ouvrages, articles, témoignages, webographie. Il est question non seulement de montrer l'origine de cette maladie au Togo et son extension, mais aussi de présenter les moyens utilisés par les colonisateurs allemands, puis français pour la combattre afin de mieux apprécier les résultats en 1960.

### **De l'effort du pouvoir colonial allemand à la stagnation durant l'occupation franco-britannique (1897-1920)**

Installée au Togo au lendemain de la signature du traité de protectorat du 5 juillet 1884 entre Gustav Nachtigal et Mlapa, l'administration allemande entreprit une lutte contre les maladies sur le territoire. Cette œuvre sanitaire se situe dans le cadre de la politique coloniale destinée à l'entretien de la force de travail indispensable et à l'intégration des populations colonisées au système d'exploitation. Cependant, les autorités allemandes étaient, au début, pratiquement désarmées face à certaines maladies épidémiques virulentes, en particulier la méningite cérébro-spinale.

#### ***La méningite, une maladie « venant du Nord »***

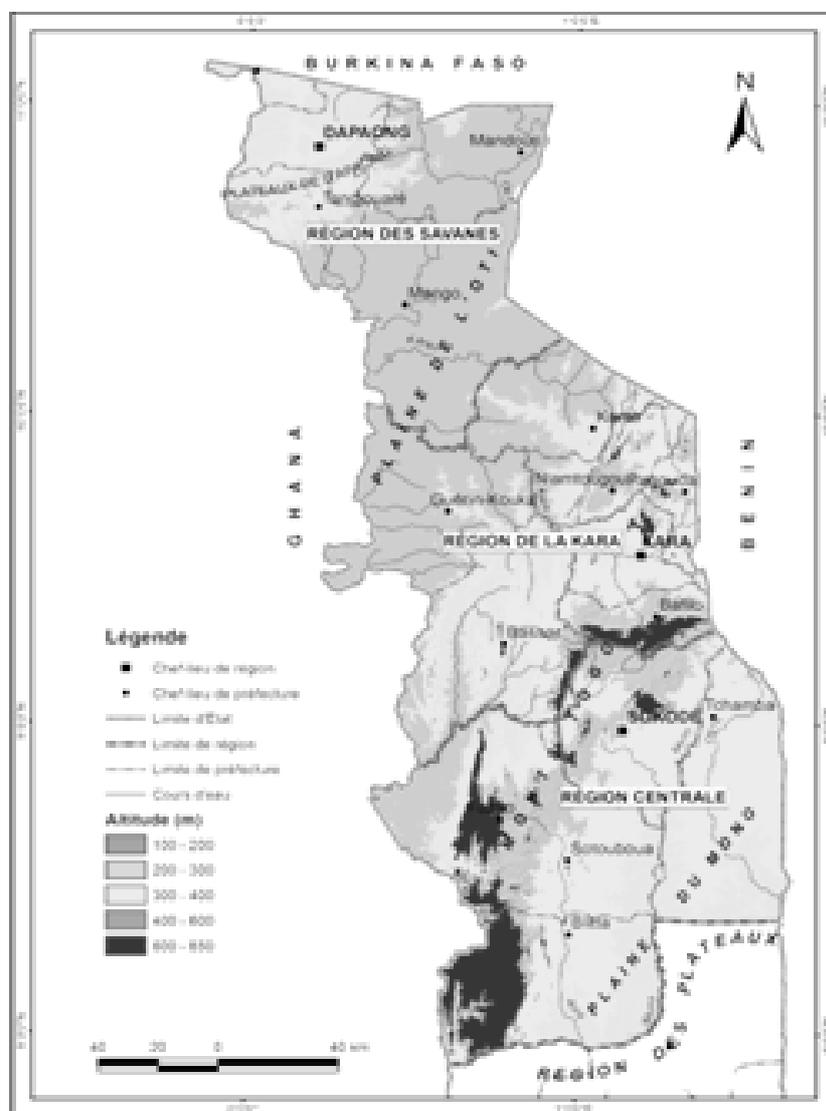
Maladie épidémique, infectieuse et contagieuse, provoquée par une bactérie aérobie, la méningite cérébro-spinale apparaissait chaque année au Togo en saison sèche, c'est-à-dire à partir d'octobre, lorsque se met à souffler l'Harmattan, un vent sec et desséchant en provenance du Sahara et du Sahel<sup>12</sup>. Les cercles du Nord (Cercles de Sokodé et les Cercles de Sansanné-Mago) constituaient sa zone de prédilection<sup>13</sup>. Les poussières jaunâtres du sable, qu'il soulevait, rendaient la respiration difficile.

C'est dans la phase de pacification de ce territoire, qui deviendra le Togo, que les Allemands découvrirent cette maladie. Même s'ils l'avaient connue en Europe<sup>14</sup>, ils étaient surpris de la retrouver sur le continent africain et surtout dans cette partie de la côte occidentale, où elle était inconnue des populations autochtones (Klose 1992:408).

Après un moment de tergiversation, les autorités allemandes se mirent à rechercher les origines de cette maladie, dont l'extension rapide fut favorisée non seulement par le relief, mais aussi par la conception que les populations de cette région en avaient. À l'instar des autres habitants du territoire, elles la considéraient comme une malédiction, une punition des dieux, un sort jeté par les peuples voisins se trouvant au Nord ou par un sorcier (Massoka 2009:16-17<sup>15</sup>).

Le rapport de santé de 1906 de l'administration allemande fit remonter à 1902-1903 l'apparition de la maladie sur le territoire, notamment dans les cercles de Sokodé-Bassar et de Mango-Yendi. Le Dr H. Kersting signala son origine à Kandi, dans le Djougou au Dahomey voisin. De là, elle a suivi la route caravanière haoussa avant d'arriver dans le cercle de Sokodé<sup>16</sup>, notamment à Bassar où le gardien du quartier Zongo affirmait l'avoir connue 24 ans plus tôt à Sokoto<sup>17</sup> où elle s'appelait Abola (ou « maladie qui tue beaucoup de gens »). Une autre voie empruntée par cette maladie est le Nord de la Côte d'Ivoire d'où elle était entrée dans le territoire par le pays moba<sup>18</sup>, pour causer 500 morts (Ali 1995:1724).

À partir de Noël 1906, avec la saison sèche, la méningite cérébro-spinale revint en force, plus virulente encore. Elle fut même annoncée dans le cercle de Sokodé, qu'elle pénétra par le chemin très fréquenté du pays logba, plus précisément par Kémérida<sup>19</sup>. Là, on dénombra 30 morts sur 35 personnes malades. À Kétao, on recensa 22 malades et 15 morts. L'épidémie se répandit ensuite dans le pays kabiyè, notamment à Lama, Siou, Kouméa et au nord de ce pays. Siou présentait la situation la plus alarmante avec 34 morts et 46 personnes malades<sup>20</sup> (Ali 1995:1724).



**Carte 1 : Le Nord-Togo aujourd'hui**

**Source :** K. Kouzan, 2016 à partir des données de l'Atlas du Togo, 1986, p. 4-5

Force est de constater que l'administration s'est contentée d'observations sans prendre de mesures efficaces pour maîtriser la maladie. Cela est lié, certainement, aux difficultés à contrôler les déplacements des populations et au fait qu'une fois que la maladie entre dans le pays, il n'y a plus possibilité de fermeture de frontières. Ainsi, en novembre 1907, les premiers cas de l'année furent déclarés dans la station de Sokodé, avec 4 manœuvres venant de Défalé. Parmi ces malades, l'un mourut après un jour de maladie, un autre guérit tandis que les deux autres retournèrent chez eux. Le 28 décembre suivant, ce fut le cas de la femme d'un soldat, qui tomba malade avec les mêmes symptômes, typiques de la méningite. Au début de février 1908, l'alerte fut donnée de l'autre côté de la frontière à Parakou, au Dahomey. On apprit aussi, par un commerçant venant de Mango, que deux mois auparavant, 40 personnes en étaient mortes à Kabou, en pays bassar (Ali 1995:1724).

Devant cette expansion inquiétante de l'épidémie, les autorités allemandes furent amenées à prendre des mesures urgentes pour l'éradiquer.

#### ***La mise en place d'une structure sanitaire et des campagnes de vaccination***

Les autorités allemandes s'efforcèrent, très tôt, d'étendre rapidement la médecine dite « moderne » à l'ensemble de la population togolaise, particulièrement à celle de la région du Nord, à travers une structure sanitaire efficace et de multiples campagnes de vaccination. Dès 1888, plusieurs mesures administratives avaient été prises dans le domaine de la santé et de la salubrité (Chéradame 1905:355-356). Un équipement hospitalier valable fut mis en place à Anécho (Aného), Kpalimé, Atakpamé et à Lomé. Le Dr Rodenwaldt, principal spécialiste des maladies tropicales, engagea une lutte acharnée contre les épidémies dans les régions du lac Togo et du Haho et dans les Plateaux. Le personnel médical allemand était aidé dans sa tâche par des infirmiers et des agents sanitaires autochtones. Les soins étaient gratuits pour tous les agents de l'administration, leur famille, les élèves des écoles officielles, les prestataires, les prisonniers, ainsi que pour ceux que l'autorité locale reconnaît comme démunis. Un service d'hygiène fonctionnait dans certaines villes deux fois par semaine. Les campagnes de vaccination concernaient surtout la variole et la méningite cérébro-spinale, des maladies très fréquentes dans les circonscriptions de Sokodé-Bassari et de Mango-Yendi et qui étaient des maladies contagieuses considérées comme un danger public (Awumey 1980:10).

Alors que la première tournée de vaccination, entreprise au Nord par le docteur Kersting à Lama-Tessi, en 1899, fut effectuée pour la variole<sup>21</sup>, la deuxième fut menée contre la méningite par les docteurs Kersting et Kulz chez les Solla, en 1904–1906 (Kpagouda ou Pagouda). Ils dénombèrent 15

morts à Kétao et 30 à Kémériada. Devant la virulence de la maladie, qui fit, à la fin de novembre 1907, 45 morts à Kara, dont 35 enfants, et 16 morts à Sara, le Dr Kersting dut avouer que le médecin n'était pas en mesure d'avoir une influence décisive sur elle et estima que la mise au point d'un sérum antitoxique s'imposait (Ali 1995:1724-1726).

Il faut dire que si ces tournées intervenaient à point nommé compte tenu de la gravité de la situation sanitaire, elles ne donnèrent pas les résultats escomptés à cause de l'insuffisance des moyens et du fait que les Lama (Kabiyè et Solla), ne comprenant pas le sens de ces vaccinations, trouvèrent des moyens pour réduire l'efficacité des vaccins en n'observant pas les consignes pour le traitement de la maladie. Dans le rapport médical de 1907 du cercle de Sokodé-Bassar, on lit ceci : « Dans certains villages, sitôt après la vaccination, la scarification est lavée avec de l'eau, du savon et du jus de citron » (cité par Ali 1995:1724-1726).

Ainsi, on peut dire ici que l'impuissance de la médecine occidentale et la réticence de la population à la vaccination contribuèrent à l'extension de la maladie. En 1908, elle frappa de nouveau, en pays kabiyè, les localités de Ténéga, Grand-Losso, Pessidè, Kétao, Pagouda, Kouka, Yassangba, Mafpari, Krikri, Passa (Ali 1995:1726).

Cependant, à partir de 1910, des résultats positifs furent obtenus. Aucun cas de méningite ne fut signalé. Le cercle de Mango, qui faisait partie de ce que les Allemands appelaient le « Deutcher Sudan » et qui comprenait la majeure partie du cours supérieur de l'Oti, ne présentait plus de signes de méningite, grâce non seulement aux mesures prises, mais aussi à l'abondance des pluies de la savane tropicale<sup>22</sup>. À cela, il faut ajouter la part importante que l'administration réserva à la santé dans le budget du territoire.

En 1914, sur un montant de 249 000 marks destinés à la santé, 150 000 Marks (60,25 %) furent consacrés à la lutte contre les épidémies, 66 000 (26,51 %), à l'assistance médicale, 26 000 (10,45 %) au laboratoire de bactériologie et 7 000 (2,82 %) aux travaux d'hygiène à Anécho et Kpalimé (Simtaro 1982:329).

Cependant, ces actions furent interrompues par les opérations militaires qui se déroulèrent au Togo dans le cadre de la Première Guerre mondiale, à partir d'août 1914.

### ***La stagnation durant l'occupation franco-britannique (1914–1922)***

Durant la guerre en août 1914 et la période d'occupation (1914–1922) au Togo, les médecins militaires français et britanniques, en nombre réduit, avaient assuré tant bien que mal la santé de la population. À leur arrivée, les nouveaux occupants n'ont pas hésité à féliciter les Allemands pour l'œuvre remarquable qu'ils ont réalisée, en particulier, dans le domaine de la santé. Le capitaine,

Sicre, commandant français du cercle de Sokodé, ne tarit pas d'éloges pour l'œuvre allemande au Togo (Capitaine Sicre, 1918:124). Même tonalité de la part du lieutenant Coez, commandant du cercle de Mango<sup>23</sup>.

Jusqu'au début des années 1920, la situation sanitaire du pays resta stable grâce aux mesures administratives et sanitaires prises par les autorités françaises<sup>24</sup> (Byalou-Sama 1992:33).

Cependant, cette situation ne dura pas longtemps.

### **L'engagement français contre la méningite durant la période de mandat (1921-1946)**

Après avoir pris la succession de l'Allemagne au Togo, la France et la Grande Bretagne durent poursuivre la lutte contre cette épidémie à partir des années 1920. Dans la zone française, la situation se dégrada très vite et se poursuivit jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale. Il faut attendre le lendemain de la guerre pour voir quelque amélioration grâce au programme financé par le Fonds d'investissement pour le développement économique et social (FIDES).

#### ***Le retour de la méningite dans le cercle de Mango et sa réapparition dans la subdivision de Bassari (1939-1946)***

L'accalmie, durant la période d'occupation, ne fut que de courte durée. Dans les années 1930, la méningite réapparaît dans le cercle de Mango, le principal foyer où se manifestait l'épidémie, avec un cas de soigné<sup>25</sup>. Elle s'annonça dans le cercle de Sokodé et refit surface dans la subdivision de Sansanné Mango avec des dégâts importants. Dans la subdivision sanitaire de Sansanné Mango seule, on dénombra 353 cas, dont 31 décès chez les malades traités, 95 chez les malades non traités et 227 malades guéris ou en traitement<sup>26</sup>. Le nombre de vaccins utilisés atteignit 10 057, en 1940, contre 9 788 doses, en 1939<sup>27</sup>. L'administration du gouverneur Lucien Montagné<sup>28</sup> dut mettre en place un système draconien de lutte qui donna satisfaction. Il s'agit, en fait, du traitement au sérum associé aux sulfamides. Pour éviter des contagions, les mouvements de population d'une région à une autre furent interdits<sup>29</sup>, les passeports sanitaires instaurés, et le contrôle des passagers arrivant à Mango fortement renforcé. Un manœuvre, atteint de méningite, fut immédiatement licencié et les cantons non atteints furent bien protégés. Il fut demandé aux commandants de cercle du Nord, du centre, d'Aného et de Lomé de porter une attention particulière à la gravité de la situation sanitaire provoquée par la maladie dans leurs régions d'exercice. Il leur fut rappelé l'importance primordiale qui doit être accordée à la protection de la santé publique. Ils doivent désormais non seulement préciser la nature de l'appui éventuel qu'ils doivent apporter aux chefs de subdivisions sanitaires dans la prophylaxie et le traitement de la maladie et présenter une gamme de dispositions nouvelles,

mais surtout associer les chefs de village et de canton, aviser l'autorité administrative et l'agent le plus proche du service de santé<sup>30</sup>.

La diminution du nombre de vaccins utilisés, qui fut ramené de 10 057, en 1940, à 2 117 doses, en 1941 et l'accroissement de la part du budget du service de santé, qui passa de 4,5 millions de francs, en 1939, à 7, 8 millions de francs, en 1944, soit une augmentation de 173 pour cent<sup>31</sup>, permettent d'apprécier positivement les efforts de l'administration française pour éradiquer cette maladie.

Toutefois, beaucoup restait à faire. La preuve, c'est que le 25 février 1946, la maladie fut de nouveau signalée à Pana, dans la subdivision de Dapango (Dapaong). Elle fut découverte par une équipe d'inspection scolaire en tournée sous la direction du médecin-chef de la subdivision de Sansanné-Mango, le docteur Juliette Lapaysonnie. Le premier cas fut constaté sur le jeune maçon Same Kogue, logé dans la concession de Yamba Messé, chef d'une importante famille de commerçants, de colporteurs et de voyageurs, dont la case servait de caravansérail pour tous les passagers mossi, surtout ceux qui venaient de Tengodogo, pays d'origine des Mossé. Le jeune Same aurait été infecté par un de ces voyageurs, porteur sain. Le nombre total de cas diagnostiqués, confirmés bactériologiquement par la présence de méningocoques, était de 47, avec 15 décès. À ce total, il fut ajouté un cas douteux ainsi qu'un décès suspect<sup>32</sup>.

Les mesures pressantes prises par les autorités sanitaires, les jours suivants, permirent de localiser l'épidémie dans la subdivision de Dapango<sup>33</sup> et de procéder au traitement par les sulfamides, surtout injectables, associées au sérum qui donna des résultats encourageants<sup>34</sup>. La vaccination anti-méningococcique des collectivités fut mise en route sur toute l'étendue de la subdivision sanitaire de Mango. Prisonniers et fonctionnaires de Mango furent ainsi vaccinés par le médecin africain de l'assistance médicale indigène (AMI). Il en alla de même de toutes les collectivités de la subdivision de Dapango qui, elles, furent prises en charge par le médecin-chef du secteur spécial n° 4/T. L'isolement des manœuvres fut entrepris afin d'éviter la contamination de l'agglomération de Dapango. Seule l'école de Kandé (Kanté) ne bénéficia pas de la vaccination parce qu'elle se situait hors de la zone contaminée et était assez éloignée de Mango. En plus, elle avait une équipe qui n'avait, à sa disposition, que la seule camionnette du secteur 4/T. Un barrage sanitaire, qui fut érigé à 22 km de Mango, à l'embranchement de la route de Nagbéni, et un autre, à Dabankoum, à la frontière de la Côte d'Ivoire, permirent de filtrer et de désinfecter les passagers venant de Tengodogo<sup>35</sup>.

Toutefois, l'inquiétude demeurait dans la mesure où une centaine d'individus étaient rentrés chez eux en n'ayant reçu qu'une faible quantité de vaccin. D'autres n'étaient pas du tout vaccinés. La plupart des manœuvres du canton

de Timbou et la totalité de ceux des cantons de Nano, Dioukporgou, Lakpane, Goundogo et Nioukpourma retournèrent dans leurs familles. Le nombre de personnes qui partirent sans autorisation dépassa la centaine et ne cessa d'augmenter chaque nuit. La raison tenait moins à l'esprit d'indépendance des Moba qu'à l'insuffisance des moyens dont disposait l'équipe pour garder certaines catégories de malades infectés (4 gardes de cercle et un gradé<sup>36</sup>).

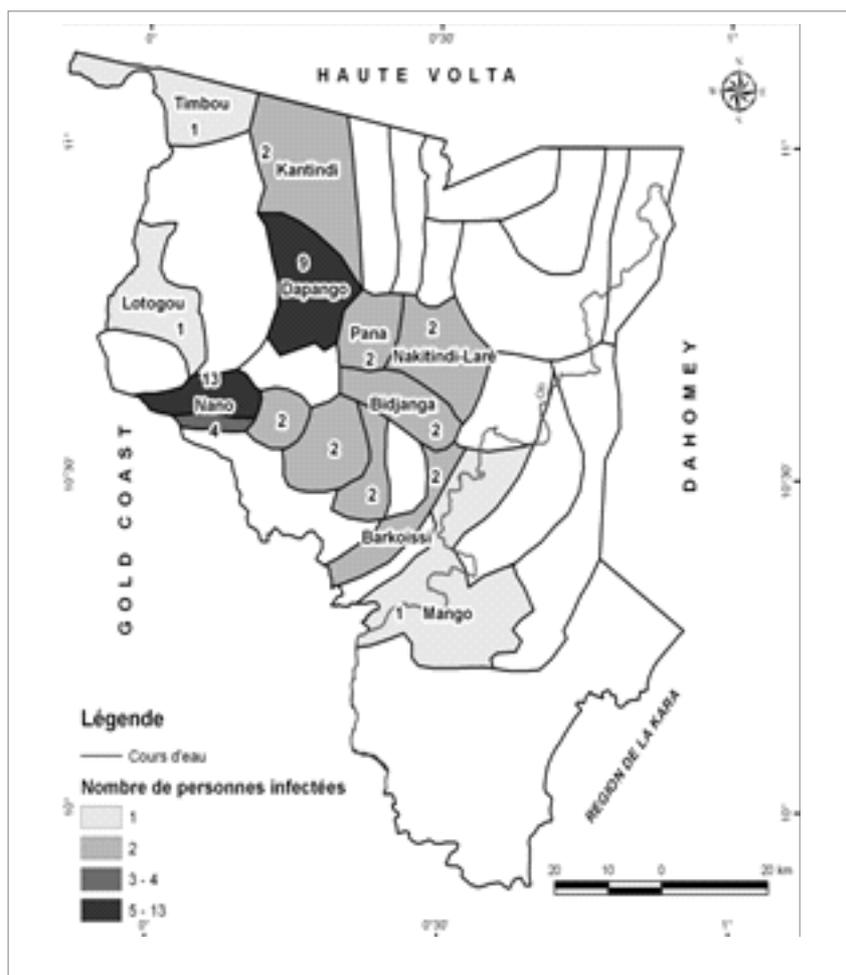
Ainsi, à partir du 4 mars 1946, alors qu'on croyait la maladie maîtrisée, un décès suspect fut enregistré dans le village de Babori, dans le canton de Nano, et deux nouveaux cas furent signalés à Bogou, dans le canton de Bidjanga. Des mesures furent alors prises rapidement, étant donné la proximité de cette localité avec Mango et d'autant plus que toute cette région de Barkoissi, Bogou, Bidjanga était le grenier où venaient se ravitailler, en caravanes quotidiennes et importantes, les Anoufom (Tchokossi) de la région de Mango. Ces dispositions étaient les suivantes : 1°) Fermeture du gros marché de Mandiéri, centre d'achat du mil, très fréquenté ; 2°) Interdiction de la circulation des piétons entre Mango et Dapaong et vice-versa, sauf cas particulier et avec passeport sanitaire ; 3°) Un barrage sanitaire est établi à l'entrée même de Mango ; celui du km 22 reçut des consignes sévères ; 4°) La circulation des camions évacuant les arachides reste tolérée, mais conducteurs et apprentis doivent se munir d'un laissez-passer renouvelable tous les jours ; 5°) Un laissez-passer sanitaire, visé par le médecin externe, est exigé des passagers du courrier vers le Sud<sup>37</sup>.

Même si le personnel de la santé de la subdivision de Dapaong pouvait se réjouir des résultats obtenus, il était toujours inquiet. Dans son rapport sur la situation en mars 1946, on pouvait lire ce qui suit : « L'épidémie semble entrer dans sa phase aiguë. Les moyens locaux en personnel et matériels suffisent encore mais risquent d'être rapidement débordés si la situation s'aggrave encore<sup>38</sup> ».

Dans la subdivision de Dapango, on dénombre, au total, 47 cas. Nano battit le record avec 13 cas, suivi de Dapango, 9, de Dioukporgou, 4. Venaient ensuite Pana, Barkoissi, Nandoga, Bidjanga, Bogou, Goundoga, Nakitindi-Est, Timbou, 2. Lotogou, Kantindi, Galangashie occupèrent la dernière position avec 1 cas<sup>39</sup>.

Au regard des actions menées à Dapaong, on pouvait croire que la méningite cérébro-spinale était en voie de disparition. Mais au lieu son champ se réduise, il s'était plutôt étendu en se déclarant dans la subdivision de Bassari. Comme mesures nouvelles, prises dans l'immédiat, tous rassemblements publics, tels que les offices religieux, les cérémonies rituelles, les danses, à l'exception toutefois des marchés placés sous contrôle sanitaire, furent interdits<sup>40</sup>. Le chef de la subdivision de Bassari invita tous les chefs de canton et de village à signaler, très vite, au poste médical le plus proche, tous

les cas de maladies se manifestant par des signes suivants : fièvre, maux de tête, vomissement, difficulté à mouvoir la tête. Les cas de plusieurs membres de familles, tombés malades à quelques jours d'intervalle, et les cas de morts d'étrangers de passage dans la région ou dans les villages devaient être également signalés.



**Carte 2 :** Répartition de cas de méningite cérébro-spinale dans le cercle de Dapango (Dapaong) en 1946.

**Source :** K. Kouzan à partir de CAOM-Aix-en Provence, 14 miom 2 708  
1. Fonds moderne. AOF. Sous-série G. 2G 46/103. Bobine 131.  
À Mango, le 2 mai 1946. Le médecin-chef de la subdivision de Sansanné-Mango, docteur Juliette Lapaysonnie.

À cela, s'ajoutent d'autres dispositions plus draconiennes : tout malade suspect de méningite était rigoureusement isolé. Il n'était évacué sous aucun prétexte vers une formation sanitaire, car son transport risquait de disséminer la maladie. L'entourage du malade, les parents, les habitants d'une même case, les voisins immédiats étaient considérés comme des malades potentiels. En vue d'éviter la contagion, on interdisait à ces individus de s'éloigner de leur case ou de leur village. Même au risque de créer des crises affectives chez les patients, les individus sains devaient éviter tout contact avec le malade et avec son entourage<sup>41</sup>.

Toutes ces dispositions ont-elles permis d'éradiquer l'épidémie de méningite dans le pays ? Rien n'est moins sûr. Un an après, alors que la méningite s'atténuait à Dapaong et à Bassar, elle fit de nouveau son apparition dans le cercle de Mango. Le premier cas fut enregistré le 24 janvier 1947, obligeant le commissaire de la République française au Togo à renforcer les mesures de surveillance sanitaire existantes. Elles commencèrent par la mise en quarantaine des régions contaminées. Le dernier cas fut signalé le 3 mai 1947. Il a fallu la collaboration étroite des médecins anglais et français pour limiter l'avancée de la maladie en territoire sous tutelle française et en limiter les méfaits<sup>42</sup>.

Mais il restait à éradiquer définitivement la maladie, qui l'année suivante, refit surface dans d'autres localités. Cette fois-ci, ce fut au tour des subdivisions de Lama-Kara et de Sokodé-Bassari ainsi que du cercle d'Atakpamé d'être touchés.

### **L'extension de la méningite vers le Sud et renforcement des mesures sanitaires (1948-1960)**

À partir de 1948, la méningite cérébro-spinale refit surface et s'étendit vite sur le territoire togolais. Elle atteignit le Sud, notamment le cercle d'Atakpamé. Il a fallu prendre d'autres dispositions nouvelles pour assainir la situation sanitaire qui commençait à se dégrader.

#### ***Retour de la méningite à Lama-Kara et Sokodé-Bassari et extension au cercle d'Atakpamé***

Limitée jusque-là au cercle de Mango et à la subdivision de Bassari, l'épidémie de méningite cérébro-spinale atteignit, au début de 1948, la subdivision de Lama-Kara, où elle toucha 512 personnes et fit 56 morts. Elle semblait se limiter exclusivement à la partie orientale de cette subdivision où la situation était propice à sa propagation : la population était très dense et tous les 6 jours, un grand marché avait lieu dans chaque canton. Il faut ajouter à ces facteurs favorables la proximité du Dahomey où les épidémies étaient fréquentes à l'époque. Le paroxysme fut atteint, en février 1949, avec 4 030

malades recensés<sup>43</sup>. Dans une lettre adressée au directeur de la Société des missions évangéliques (SME), E. Schloesing, le 19 février 1949, le pasteur Jacques Delord attira l'attention de ce dernier sur ce moment de dures épreuves que traversait le pays kabiyè avec l'apparition de l'épidémie de méningite dans les proportions bien plus inquiétantes. Il précisa qu'en deux jours, 3 600 cas furent enregistrés dans la seule subdivision de Lama-Kara et que les mesures prises (passeports sanitaires pour ceux qui voyageaient en camion, suppression des marchés, des cultes, etc., maintien des écoles ouvertes, ce qui permit au moins de repérer les écoliers malades, etc.), pour limiter son extension, avaient eu des résultats insignifiants. Il ajoutait que malgré la peine que s'étaient donnée les enseignants pour convaincre les parents d'amener les enfants malades aux dispensaires, il y avait eu parmi les écoliers 23 cas et 6 décès. Il s'était alors demandé si la Mission ne devrait pas ajouter aux paroles de consolation le geste du Bon Samaritain et envisager l'envoi d'une ou de deux infirmières. Qui plus est, le personnel traitant était insuffisant en nombre, trop jeune et sans beaucoup de formation pour faire des ponctions lombaires et des injections intrarachidiennes. L'infirmier protestant, du dispensaire de Soumdina, travaillait seul, recevant la visite du docteur une ou deux fois par semaine seulement. Il était souvent réveillé au milieu de la nuit pour effectuer les premiers soins d'urgence, piqûres et autres, éclairé de sa seule lanterne tempête. En 24 heures, il y eut jusqu'à 27 nouveaux malades. Dans le dispensaire installé dans le campement (le caravansérail), grouillait une foule de parents, de malades et de visiteurs<sup>44</sup>.

De janvier à juillet, furent relevés 7 655 cas et 405 décès ; le taux de mortalité fut de 5,2 pour cent. Pour l'ensemble de la subdivision, la moyenne de la mortalité atteignit 4,3 pour cent de la population, le maximum ayant été atteint dans le canton de Pouda avec 12 pour cent<sup>45</sup>.

Cependant, tandis que le nombre de cas commençait à chuter dans la subdivision de Lama-Kara en passant de 228, en avril, à 24, en juillet en 1949<sup>46</sup>, la méningite cérébro-spinale se manifesta dans la subdivision sanitaire de Sokodé-Bassari. Les premiers foyers avaient été décelés en janvier 1949 dans Sokodé et ses environs, à Bafilo, dans les autres cantons de Lama-Kara et à Bassari. L'épidémie gagna le canton de Kabou. Dans la subdivision de Sokodé, le verrou sanitaire de Bafilo se montra efficace, sauf pour le village d'Aléhérèdè où furent dénombrés 8 cas dont 4 décès. Le massif de Fazao, limitrophe de la Gold Coast et de Sokodé, fut vite touché avec 16 décès. Lama-Kara, le Togo britannique et la région de Fazao apparurent comme la zone endémique de la maladie.

Dans un télégramme adressé au commandant de cercle de Sokodé, le chef de la subdivision de Lama-Kara, Aubanael, fit un compte rendu sur la situation des cas de méningite dans sa subdivision, du 10 au 15 février 1949.

Il estima le nombre total de cas à 695, dont 35 décès, et précisa que si la progression de la méningite était nettement ralentie à Siou, Niamtougou, qui furent les premiers gros foyers, par contre elle restait importante à Kétao, Soumdina, Pya et Tcharè. Pour l'ensemble du massif montagneux kabiyè, il estima le nombre à 3 536, dont 153 décès<sup>47</sup>.

Toutefois, comparativement aux autres colonies d'Afrique de l'Ouest, la situation dans la subdivision de Lama-Kara était moins alarmante. Au 1<sup>er</sup> semestre 1949, alors que le pourcentage des décès enregistrés par rapport aux cas de méningite signalés était de 19,18 pour l'ensemble de l'A.O.F, 27,31 pour le Niger, 21,37 pour la Haute-Volta, 9,09 pour le Dahomey et la Gold-Coast 7,42, celui de la subdivision de Lama-Kara était de 5,2<sup>48</sup>. De bons résultats thérapeutiques furent d'ailleurs enregistrés dans cette subdivision puisque le pourcentage de mortalité, en milieu autochtone, n'a pas dépassé 5,2 pour cent et le pourcentage de morbidité<sup>49</sup> n'a pas dépassé 4,3 pour cent (Guernier & Froment-Guieysse 1951:458).

Comme traitement, on eut recours, presque uniquement, à l'utilisation de sulfamides. Les injections intra-rachidiennes de Pénicilline ne furent pratiquées que dans les cas diagnostiqués tardivement aux doses de 30 000 à 40 000 U<sup>50</sup> après la P.L. (ponction lombaire<sup>51</sup>).

Le schéma de traitement pour adultes prescrit et diffusé fut le suivant :

1<sup>er</sup> jour

- 1° : injection intra-musculaire d'une ampoule de Solu-dangenan, ou de Lysapyrine, ou de 5 cc de Solu-thiazomide
- 2° : faire absorber 3 comprimés de thiazomide ou d'adiazine
- 3° : faire absorber 2 comprimés toutes les 3 heures, ce qui fait 16 comprimés ;

2<sup>e</sup> jour : 16 comprimés par 24 heures c'est-à-dire 2 comprimés toutes les 3 heures

3<sup>e</sup> jour : 12 comprimés par 24 heures c'est-à-dire 1 comprimé et demi toutes les 3 heures

4<sup>e</sup> jour : 12 comprimés dans les 24 heures

5<sup>e</sup> jour : 8 comprimés dans les 24 heures c'est-à-dire 1 comprimé toutes les 3 heures

6<sup>e</sup> jour : 8 comprimés dans les 24 heures.

Ces indications furent complétées par 7 autres portant sur le nombre de verres d'eau à boire par le malade à la prise du médicament, la dose de sulfamide à injecter en cas de vomissement, le nombre de jour qu'il faut le maintenir, l'attitude à adopter lorsque le malade n'est pas allé à la selle, le moment où il faut contrôler le cœur et faire de l'huile camphrée, la nécessité

de faire des gouttes épaisses et un traitement mixte du paludisme et de la méningite, de soigner le mal de gorge et l'inflammation du nez par des instillations nasales d'huile goménolée<sup>52</sup>.

À voir la durée du traitement et la quantité de médicaments à prendre par le malade, il est facile d'imaginer combien ces indications seraient difficilement respectées à la lettre.

Il fut procédé également à la réduction au minimum des déplacements et des contacts entre les passagers et les populations sédentaires. Il s'agissait de la mise en place, à partir du 9 septembre 1949, de barrages composés de deux gardes de cercle respectivement à Bafilo et à la barrière d'Aledjo<sup>53</sup>. En raison de l'extension épidémique de la maladie à Lama-Kara, le Dr Salou, médecin-chef de la subdivision sanitaire de Sokodé, attira l'attention du commandant de cercle de Sokodé sur l'intérêt que présentait l'adoption de mesures de contrôle, aussi strict que possible, de la circulation dans les régions de Bafilo, Kanté, Namon, et d'autoprotection des villages, invitant les chefs à interdire le séjour et le passage aux voyageurs en provenance de Lama-Kara et en les secondant dans la mesure du possible à l'aide des policiers. Toutes les maisons de commerce et les commerçants furent informés de ces dispositions<sup>54</sup>.

En cette année 1949, depuis les subdivisions de Lama-Kara et de Sokodé-Bassari et par la Gold Coast, la méningite cérébro-spinale arriva dans le cercle d'Atakpamé. L'Akébou et l'Adélé furent les premières régions touchées. Les premiers cas furent signalés à Anié, Blitta et Tomégbé<sup>55</sup>.

Pour les autorités françaises, il était indispensable de renforcer les mesures prises ou d'en prendre d'autres afin de venir à bout de cette épidémie.

### ***Le renforcement des mesures dans les années 1950***

Au début des années 1950, les autorités françaises durent renforcer les dispositions en vue d'éradiquer l'épidémie de méningite au Togo, notamment dans les cercles du Nord. À la suite des doléances émises par la population sur la grande facilité qui aurait été donnée aux voyageurs au départ de régions contaminées dans les Territoires voisins, la circulation fut limitée et le contrôle des passeports sanitaires renforcé. Les efforts furent poursuivis dans la subdivision de Lama-Kara, où la situation sanitaire ne s'améliora pas. Du 5 au 10 février 1950, le chef de cette subdivision, Scaon, y dépista 71 cas de méningite, dont 5 décès, et 2 cas au Dahomey<sup>56</sup>.

Vu l'urgence de la situation, l'arrêté du 15 février 1950 du gouverneur J. H. Cedile, déclarant contaminés de méningite cérébro-spinale et placés sous surveillance sanitaire les cercles de Sokodé et de Mango, fut rendu immédiatement applicable. Toutes les communications entre les cercles de Sokodé et de Mango et les cercles et territoires limitrophes furent

provisoirement interrompues<sup>57</sup>. Seuls étaient autorisés à circuler les véhicules transportant le courrier postal, les fonctionnaires en déplacement pour des raisons de service, les produits locaux destinés à l'exportation et les marchandises et matériaux nécessaires à la vie économique du pays<sup>58</sup>. Sous aucun prétexte ces véhicules ne pourraient s'arrêter ni séjourner en dehors des localités de départ et d'arrivée ou des escales indiquées, expressément, sur le laissez-passer. La circulation des voyageurs ne pourrait être autorisée que pour les déplacements de service ou ceux motivés par des raisons graves (décès d'un parent proche par exemple). Dans les centres de transit, le personnel des véhicules et les voyageurs devraient être hébergés dans les locaux appropriés, les isolant de la population sédentaire. Les voyageurs quittant Sokodé-Lama-Kara ou Bassari, soit en direction du Nord, soit en direction du Sud, devraient se munir, au départ, d'un passeport sanitaire qu'ils devraient présenter à toute réquisition des agents du contrôle sanitaire (infirmiers ou gardes de Cercle) et remettre au médecin-chef de la circonscription sanitaire du lieu de destination ou à son représentant. Aucun voyageur ne pouvait être admis dans un véhicule s'il n'était muni de ce passeport sanitaire<sup>59</sup>. Les pénalités applicables aux contrevenants des mesures prescrites furent celles prévues aux articles 2, 3 et 4 du décret du 11 novembre 1929 sur la protection de la santé publique au Togo :

- amende de 500 à 1 000 francs, en cas de récidive, 1 000 à 50 000 francs.
- emprisonnement de 1 à 6 mois, en cas de récidive, de 6 à 12 mois<sup>60</sup>.

Avec ces mesures, on pouvait s'attendre à une amélioration de la situation. Ce ne fut pas le cas. C'est ce dont témoigne la note du commandant du cercle de Sokodé, Jacques Lemoine, adressée au commissaire de la République française au Togo, Yves Digo, l'informant du dépistage de 16 cas de méningite dans la subdivision de Lama-Kara, dont 12 dans le seul canton de Lama-Tessi. Il le pria ensuite de prendre un arrêté afin de mettre ce canton sous régime de surveillance sanitaire et de déclarer les villages de Farendè et de Koukoudè en état de danger imminent en application des mesures préconisées par la conférence récente sur la santé tenue à Natitingou (Dahomey)<sup>61</sup>.

Il demanda également aux chefs de canton de Sotouboua et de Fazao de concourir par tous les moyens en leur possession au renforcement des mesures de contrôle de la circulation prescrites par les autorités administratives et médicales. Ordonnance leur fut donnée de veiller strictement à ce que les revendeurs et vendeuses étrangers à leurs villages ne séjournent sur les marchés que durant la journée et regagnent leurs villages respectifs dès la tombée de la nuit ; que les habitants de leurs cantons refusent l'hospitalité à tout étranger (surtout ceux en provenance de la Gold Coast). Les étrangers

de passage devraient être immédiatement signalés aux chefs qui limiteraient au strict minimum leurs contacts avec les populations et leur assigneraient des cases isolées où ils seraient astreints à résider<sup>62</sup>.

À partir de ce moment, on commença à voir les cas de méningite cérébro-spinale chuter remarquablement. Ils passèrent à 2 804 cas en 1950 contre 10 531 en 1949 (Guernier & Froment-Guieysse 1951:458). Le cas le plus illustratif de cette régression fut la situation du pays nawda (cantons de Niamtougou et Siou), où en 6 mois, le nombre de cas de méningite devint pratiquement nul, passant de 421, en janvier, à 1 en juin 1949<sup>63</sup>.

Malgré cette embellie, le dispositif de défense sanitaire fut maintenu, notamment dans la subdivision de Lama-Kara où la situation n'était pas très rassurante<sup>64</sup>. La mission de l'ONU, en visite dans le territoire en 1950, en fit d'ailleurs l'une de ses préoccupations<sup>65</sup>.

Conscientes que la diminution du taux de mortalité de cette affection ne signifie pas sa disparition totale sur toute l'étendue du territoire, les autorités sanitaires durent exhorter la population à plus de vigilance. C'est ce que fit, en 1953, le Dr A. Bezon, médecin-chef de la subdivision sanitaire de Lama-Kara. Il annonça à tous les responsables de dispensaires et postes d'assistance médicale indigènes (AMI) la déclaration de quelques cas de méningite et les pria de prévenir et d'évacuer, aussitôt connus, les cas qui se présenteraient à eux. Il ajouta qu'au cas où ils ne posséderaient pas de moyens pour effectuer une ponction lombaire, ils évacuent les simples suspects vers les centres médicaux les plus proches, c'est-à-dire Lama-Kara, Niamtougou ou Pagouda<sup>66</sup>.

Progressivement, malgré l'insuffisance des agents devant assurer la bonne marche des services médicaux, l'irrégularité dans l'envoi des médicaments, et l'inorganisation des campagnes de sensibilisation, la situation sanitaire des cercles du Nord s'est améliorée, même si beaucoup restait encore à faire<sup>67</sup>. Le recul de l'épidémie au Togo est confirmé par la diminution de cas, dont le nombre est passé de 10 531, en 1949, à 48, en 1953. Le nombre de décès a suivi la même évolution, en passant de 202 à 2 durant la même période<sup>68</sup>. La vigilance des autorités coloniales et l'acceptation progressive de la médecine moderne par la population locale ont contribué à faire reculer cette maladie au Togo et à améliorer la situation sanitaire de ce territoire. Dans un discours prononcé à l'occasion d'une manifestation publique organisée à Sokodé le 14 juin 1957, Fousseni Mama, ministre d'État du gouvernement de la République autonome du Togo, se félicita de l'œuvre importante réalisée par la France au Togo, notamment au Nord :

Il serait injuste, dit-il, de passer sous silence le magnifique effort de la santé publique qui a fait disparaître les épidémies, qui, il n'y a pas trente ans,

décimaient ces régions, variole, méningite, la maladie du sommeil, fièvre jaune. Tous ces maux sont du passé et la poussée démographique est là pour le démontrer<sup>69</sup>.

Ainsi, en 1958, sur la soixantaine de maladies traitées par les formations sanitaires du Togo, aucune mention n'est faite de la méningite cérébro-spinale<sup>70</sup>. D'une centaine en 1906, le nombre de cas de méningite recensés a diminué jusqu'à 1, en 1933, avant de remonter à 10 531, en 1949 et redescendre à 48 en 1953. La diminution de la fréquence des maladies épidémiques dans les cercles du Nord et l'extension du réseau routier vers cette région favorisèrent l'installation des fonctionnaires européens. On dénombra 36 ressortissants européens, américains et suisses dans la subdivision de Lama-Kara, dont 27 à Lama-Kara, 4 à Pagouda et 5 à Koukoudè. C'est la même situation dans le cercle de Mango, qui comptait plus d'une dizaine de résidents européens et assimilés<sup>71</sup>.

À partir de 1959, le changement politique obtenu à l'issue de la victoire des nationalistes lors des élections du 27 avril 1958 ne réduisit pas l'attention particulière accordée à la santé. On en veut pour preuve le montant : 51,2 millions (28,02 %) sur un total 182,7 millions de CFA furent prévus pour l'équipement social qui comprenait la médecine de soins, l'hôpital de Sokodé, la formation de Tabligbo, la pharmacie de Lomé, les maternités et la médecine prophylactique<sup>72</sup>.

Ainsi, on peut dire qu'en 1960, la santé a été suffisamment améliorée au Togo et surtout dans les cercles du Nord. Les actions sanitaires permirent le recul des maladies comme la trypanosomiase, la fièvre jaune, la méningite, la variole, le paludisme, etc. Le pays disposait de 159 formations sanitaires<sup>73</sup> comptant au total 2 787 lits pour une population de plus de 1,5 million d'habitants<sup>74</sup>, soit un lit pour 538 habitants. Les soins et les médicaments étaient gratuits, contribuant à alourdir le budget du Togo (Cornevin 1988:405-406).

### Conclusion

À travers cette étude sur la méningite cérébro-spinale à l'époque coloniale, nous pouvons constater que l'action sanitaire du pouvoir colonial au Togo, comme ce fut le cas dans les autres territoires africains conquis, a été ardue, effective et réussie. À la fois utilitaires et humanitaires, ses succès n'ont été possibles que grâce à des tournées de vaccination effectuées dans les cantons, à des campagnes de sensibilisation de certains ménages à la notion d'hygiène, à la construction des centres de santé et à l'organisation des soins gratuits. Ainsi, la médecine « moderne », implantée au début sur la côte (Aného et Lomé), s'est progressivement répandue à l'intérieur du territoire. Une attention particulière a été portée aux cercles de Sokodé et de Mango, qui constituaient surtout une importante zone de réserve de main-d'œuvre et de production de

certaines cultures de rente (arachide, karité). L'amélioration progressive de la situation sanitaire et de l'encadrement médical a permis l'éradication des grandes endémies et épidémies et contribué à l'amélioration de la santé de la population et à son augmentation. Mais si l'action sanitaire des autorités coloniales a été louable, elle a connu au début des échecs. C'est avec peine que ces autorités ont pu amener les « indigènes » à la pratique médicale occidentale indispensable à la réalisation des objectifs économiques et humanitaires énoncés en faveur de la colonisation. La progression de la médecine occidentale n'a pas exclu la méfiance et la résistance de certaines populations à l'égard des actions sanitaires, si bien que le traitement par les plantes resta dominant dans les campagnes du Togo, même si l'efficacité de la « médecine du Blanc » était reconnue. L'éradication de certaines maladies fut partielle à cause de la résistance des populations, très attachées à leurs valeurs socio-culturelles et à leur méfiance à l'égard des Européens. À cela, s'ajoutent les morts provoquées parfois par les vaccinations et les opérations de répression et de pacification organisées par les autorités coloniales. Plusieurs peuples du Togo prirent du temps avant d'accepter la médecine moderne apportée par les Allemands et les Français. Si des succès ont été obtenus dans l'action sanitaire, il revenait aux nouveaux dirigeants du Togo indépendant de poursuivre cette œuvre et de faire mieux que le colonisateur. Toutefois, le retour aujourd'hui de la méningite dans le pays, amène à s'interroger sur l'efficacité de la médecine occidentale à l'époque coloniale, qui ne peut pas se lire uniquement à travers les chiffres, et les résultats de la politique sanitaire adoptée par les États africains indépendants.

## Notes

1. Il s'agit du professeur Mustafa Mijiyawa.
2. <http://news.alome.com/h/82397.html>. Épidémie de méningite au Togo/80 cas et 6 décès dans le Dankpen. Publié le mardi 2 février 2016.
3. <http://www.27avril.com/blog/culture-societe/sante/togo-epidemie-de-meningite-au-moins-80-cas-dont-65-cas-et-6-morts-a-dankpen>. « Togo, Épidémie de méningite : au moins 80 cas, dont 65 cas et 6 morts à Dankpen », par Télégramme 228. 8 février 2016. Source : [02/02/2016] *Kiwi A-W/F.S*, T228, mis à jour le 11/02/2016 à 11H 02 TU.
4. Le mercredi 10 février de la même année, une rencontre de sensibilisation à l'épidémie réunit, à Kara, les préfets, les présidents des délégations spéciales, les chefs traditionnels, les forces de l'ordre et de sécurité, les chefs de service ainsi que les responsables sanitaires de la région de la Kara autour du comité régional de gestion des épidémies. Le mercredi 24 février 2016, les autorités sanitaires ont lancé, à Kara, une campagne de vaccination dans les districts de Dankpen et Bassar et le sous-district de la plaine de Mò. Le 25 février 2016, le Premier ministre Komi Selom Klassou s'est rendu sur le terrain pour constater le déroulement effectif de la campagne de vaccination contre la méningite et apporter le soutien du gouvernement aux populations affectées par l'épidémie. *Togo-Presse* n° 9 727 du 15 février 2016, p. 12 ; *Union pour la patrie* n° 892 du 26 février 2016, p. 6.

5. *Togo-Presse* n° 9 815 du 23 juin 2016, p. 1-3. Le coût total des mesures prises par le gouvernement togolais face à cette situation, et avec l'aide de ses partenaires techniques et financiers, est de 2 065 563 579 francs CFA.
6. Selon Marc Ferro, « C'est quand elle chassait la malaria ou la maladie du sommeil que la civilisation européenne fut le mieux acceptée ».
7. On peut lire pour le Togo les mémoires, cités dans la bibliographie, de N. Nandjirma, M. E. Pallo, E. Poyodi, N. Taboutiete, Joseph Koffi Pakali.
8. La méningite cérébro-spinale est provoquée par une bactérie aérobie, *Neisseriameningitidis*, découverte, en 1887, par l'Autrichien Anton Weichselbaum (1845-1920). Très fragile, elle survit peu de temps en milieu extérieur. Ayant particulièrement besoin de la chaleur, cette bactérie se transmet par voie aérienne, essentiellement par les gouttelettes de salive qui accompagnent la parole, la toux (Microsoft ® Encarta ® 2009. © 1993-2008 ; Alonou 1994:120).
9. De nos jours, la méningite cérébro-spinale reste encore mystérieuse pour les populations togolaises. En janvier et février 1997, à la suite d'une épidémie de méningite qui a fait de nombreuses victimes dans la région des Savanes au Nord-Togo, beaucoup de femmes âgées, soupçonnées d'en être responsables par la pratique de la sorcellerie ont été battues à mort dans le canton de Korbongou (Guigblile 2002:120). Selon nos enquêtes, les Tem (Kotokoli) l'appellent « *Camlanga* », les Bassar, « *Silemin* », les Kabiye, « *Tchantchan Kunda* », les Kokomba, « *Stchard* », les Nawdemba, « *Dédérika* », les Ewé, « *Kolialiado* », ce qui signifie « l'affection qui tord ou durcit le cou ».
10. La plupart des cas de méningite, en particulier les méningites bactériennes, ont une apparition brutale avec des symptômes comportant des maux de tête, une raideur du cou, de la fièvre, des nausées, une asthénie et une irritabilité qui évoluent souvent vers la stupeur et le coma. La maladie progresse rapidement et, en l'absence de traitement, est mortelle en 24 à 72 heures. Cf. Microsoft ® Encarta ® 2009. © 1993-2008.
11. En 1960, il fut procédé à l'institution de l'organisation de coordination et de coopération contre les grandes endémies (OCCGE) dans les sept États de l'AOF devenus souverains (Bado 1997:1 242-1 259).
12. L'Harmattan affecte le Golfe de Guinée en hiver, entre la fin novembre et le milieu du mois de mars.
13. Voir carte n° 1.
14. Identifiée au XVIIe siècle par Thomas Willis (1621-1675), la méningite ne fut véritablement découverte en Europe qu'au XIXe siècle. Elle connut une sérieuse recrudescence à partir de 1806 (France, Italie, Gibraltar, Espagne, Danemark, Irlande, Suède, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Allemagne, etc.). L'Afrique noire fut atteinte à son tour, notamment sa côte occidentale, à partir de 1900. Le Nigeria du Nord fut atteint en 1905, la Côte de l'or (Ghana) en 1906-1908, le Dahomey en 1906 et le Nord-Togo en 1908. De nouvelles extensions territoriales furent observées de 1903-1913 au Ceylan, Batavia, Hong Kong, Chine, Jamaïque, etc. Le premier traitement était la sérothérapie mise au point, en 1906, en Allemagne par Ruppel, Kolle et Wasserman, en Autriche par Markl et aux États-Unis, en 1908, par S. Flexer et J. W. Jobling. Présentant des limites en raison de la faible antigénicité du méningocoque, ce traitement fut remplacé par la chimiothérapie, fondée sur l'utilisation de sulfamides mise au point, en 1939, par H. S. Banks et de la pénicilline, à partir de 1944 aux États-Unis, et par divers antibiotiques (Chloramphenicol, Ampicilline, céphalosporines, rifampicine, ciproflaxacine, etc.) (Becker & Collingnon 1998:399-474).

15. Essoham *Biao*, directeur de cabinet du ministère de la Santé, entretien au ministère de la Santé en 2014.
16. ANT-Lomé, 2 APA 60, Sokodé, administration générale et politique. Le cercle de Sokodé (monographie), 1957.
17. *Sokoto* est une ville du Nigeria, située sur un promontoire rocheux à la confluence du Bakoura et du Rima-Maradi. C'était la capitale de l'ancien Empire de Sokoto.
18. Le cercle de Dapango, le plus septentrional du Togo, se présente comme une pittoresque zone montagneuse de falaises découpées et fertiles entourée par deux plaines : la plaine de la Volta au Nord, et celle de l'Oti au Sud et à l'Ouest. ANT-Lomé, 2 APA 60, Sokodé, administration générale et politique. Le cercle de Sokodé (monographie), 1957.
19. Localité située à une trentaine de kilomètres à l'est de Kara et à 7 km de Kétao.
20. À Lama et Kouméa, on manqua de chiffres. Cf. ANT-Lomé, 2 APA 60, Sokodé, administration générale et politique. Le cercle de Sokodé (monographie), 1957.
21. ANT-Lomé, FA1/187.
22. ANT-Lomé, cercle de Mango 2 APA 1, Mango. Administration générale et politique 1918-1919. Rapport annuel d'ensemble par le Lieutenant Coez, Commandant de 1918-1919.
23. ANT-Lomé, 2APA 1, cercle de Mango. Administration générale et politique 1818-1919. Rapport annuel d'ensemble par le Lieutenant Coez, Commandant de 1918-1919. Occupation française du Togo. Étude sur le cercle de Sansanné Mango 1918-1919, p. 22-23.
24. À partir de 1921, il fut procédé à la réorganisation du service de santé, désormais divisé en subdivisions correspondant, à peu près, aux limites des circonscriptions administratives. Dans le cercle de Sokodé, un médecin, avec l'aide de certains agents, est chargé du service sanitaire. Par l'arrêté du 11 août 1921.
25. ANT-Lomé, 2APA 24, Cercle de Mango. Administration générale et politique. Rapport annuel sur l'administration du cercle pendant l'année 1933. Rapports trimestriels (1er, 2e et 3e). Rapports annuels. N.B. : 1er : bulletin commercial. 2e : report d'ensemble. 3e : situation politique. Projet de budget et rapport annuel d'ensemble, 1933.
26. ANT-Lomé, 2APA 97, Cercle de Mango. La lutte contre la méningite cérébro-spinale, 1939-1948.
27. CAOM 14 G/21, 22. Microfilms internes 14 Miom/2666.
28. Il gouverna le Togo du 23 octobre 1936 au 15 mars 1941. Ce fut un homme habile et dynamique, qui a su particulièrement séduire les jeunes Togolais par son engagement en faveur du sport populaire.
29. Par l'arrêté n° 156 du 9 mars 1939.
30. ANT-Lomé, 2 APA 117, Tsévié. Service de santé. Instructions pour la lutte contre les épidémies de méningite, 1940. Note n° 216 bis du 4 février 1940. Instructions sur les mesures préconisées pour la prophylaxie des épidémies de méningite cérébro-spinale au Territoire.
31. CAOM-Aix-en Provence, 14 G/21, 22. 14 Miom/2666.
32. CAOM-Aix-en Provence, 14 miom 2708 1. Fonds moderne. AOF. Sous-série G. 2G 46/104. Bobine 132. Rapport concernant l'épidémie de méningite cérébro-spinale dans la subdivision sanitaire de Mango en 1946.

33. Voir Carte n° 1 : Le Nord-Togo aujourd'hui.
34. CAOM-Aix-en Provence, 14 miom 2708 1. Fonds moderne. AOF. Sous-série G. 2G 46/103. Bobine 131. À Mango, le 2 mai 1946. Le médecin-chef de la subdivision de Sansanné-Mango, docteur Juliette Lapaysonnie.
35. *Ibid.*
36. *Ibid.*
37. *Ibid.*
38. *Ibid.*
39. *Ibid.* Ces précisions ne semblent pas transparaître sur la carte. C'est ce que montre la carte n° 2 : Répartition de cas de méningite cérébro-spinale dans le cercle de Dapango (Dapaong) en 1946.
40. ANT-Lomé, 2 APA 139, cercle de Bassari. Correspondances relatives à la lutte et au traitement contre : la lèpre, la méningite cérébro-spinale, la rage, la variole, le typhus amaril et contre les serpents venimeux (1942-1949). Par l'article 1er des arrêtés n° 1-49 ; 50-49 et 76-49/ APA du 2 septembre 1945.
41. ANT-Lomé, 2 APA 139, cercle de Bassari. Correspondances... *ibid.*
42. ANT-Lomé, 2 APA 97. Cercle de Mango. Correspondances et comptes rendus relatifs aux périodes d'épidémies dans la région. Épidémie de méningite cérébro-spinale, 1935-1949.
43. Nations unies, Rapport du Conseil de tutelle sur le Togo sous l'administration française en 1950, p. 106.
44. DEFAP/ AT 1949. Lettre de Jacques Delord de Lama-Kara au directeur de la Société des missions évangéliques, E. Schlœsing, le 19 février 1949.
45. *Ibid.*
46. *Ibid.*
47. ANT-Lomé, 2 APA 87, Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). État des lépreux en traitement...
48. ANT-Lomé, 2 APA 87, Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). Note n° 34/cir. 50/DSP/APA du 3 février 1950 sur la campagne anti méningitique en 1950 du secrétaire général, chargé de l'expédition des affaires, F. M. Guillou au nom du commissaire de République en mission, aux administrateurs, commandants des cercles de Lomé, d'Anécho, Palimé, Atakpamé, de Sokodé, Mango.
49. Dans la circonscription, la densité de la population était extrêmement élevée. Elle était de 68 habitants au kilomètre carré, en moyenne.
50. Unité internationale.
51. Le diagnostic se fait à travers la ponction lombaire (prélèvement de liquide céphalo-rachidien), complétée par une analyse des bactéries présentes dans le sang. Le traitement s'effectue à l'antibiotique par voie intraveineuse et est poursuivi habituellement pendant 4-7 jours. Dans les pays industrialisés, on utilise en premier traitement les céphalosporines de 3e génération (cefotaxime, ceftriaxone). En Afrique et en Asie du Sud-Est, pour des questions de coût et de modalités d'administration, le chloramphénicol est l'antibiotique utilisé en routine, sous forme injectable. Les premiers vaccins contre le méningocoque ont été fabriqués à partir de sucres de capsules bactériennes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/fr/>.

52. ANT-Lomé, 2 APA 87, Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). État des lépreux en traitement. Tournée de l'équipe des prospections SHMP. Rapport d'incidents survenus à Tchatchau lors de prospection et traitement de la trypanosomiase, 1936-1954. Note n° 478 de la subdivision sanitaire de Sokodé-Bassari. Rapport sur l'épidémie de méningite cérébro-spinale manifestée en 1949 dans la subdivision sanitaire de Sokodé-Bassari. Note de service n° 490. Sokodé, 7 septembre par le commandant de cercle.
53. *Ibid.*
54. ANT-Lomé, 2 APA 87, Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). État des lépreux en traitement... Note n° 511 du 2 septembre 1949 ; note n° 492 ; avis du 7 septembre 1949.
55. Dans la lutte contre cette maladie, Badou était bien outillé, aussi bien du point de vue dispensaire qu'en matière douanière. Foto, lui, contrôlait la piste très fréquentée Ahamansou-Foto-Sérigbéna-Kanagny-Kamina-Akaba-Nayamassilla, etc. Dikpéléou et Diguegué dans l'Adélé contrôlaient également une importante migration passant par Pagala et qui se dispersait ensuite vers Blitta et les régions de colonisation kabyè. Cf. ANT-Lomé, 2APA 61 : Atakpamé. Rapport de tournée effectuée dans l'Akébou par l'administrateur adjoint de 1e cl. R. Cornevin, chef de la subdivision d'Atakpamé les 23, 24 et 25 octobre 1949.
56. ANT-Lomé, 2 APA 87, Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). Note n° 34/cir.50/DSP/APA du 3 février 1950 sur la campagne anti méningitique en 1950 du secrétaire général, chargé de l'expédition des affaires, F. M. Guillou au nom du commissaire de République en mission, aux administrateurs, commandants des cercles de Lomé, d'Anécho, Palimé, Atakpamé, de Sokodé, Mango. Télégramme n° 530 du 13 février 1950.
57. ANT-Lomé, 2 APA 87, Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). Arrêté n° 145/APA déclarant les cercles de Sokodé et de Mango contaminés de méningite cérébro-spinale. Lomé, le 15 février signé : J. H. Cedile, Article 7.
58. Les conducteurs de ces voitures devraient être munis d'un laissez-passer indiquant le numéro du véhicule, le nom du chauffeur et éventuellement les noms du personnel l'accompagnant (ce personnel devant être limité au minimum indispensable) ; l'objet du déplacement, les dates du départ et d'arrivée.
59. ANT-Lomé, 2 APA 87, Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). Arrêté n° 145/APA déclarant les cercles de Sokodé et de Mango contaminés de méningite cérébro-spinale. Lomé, le 15 février signé : J. H. Cedile, Article 7.
60. ANT-Lomé, 2 APA 87, Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). Cercle de Sokodé. Avis n° 87 du commandant de cercle. Sokodé, le 16 février 1950.
61. ANT-Lomé, 2APA 87, Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). TL 30-12-48 télégramme de Lemoine au Commissaire de la République du Togo.
62. ANT-Lomé, 2 APA 87, Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). Note n° 93 pour les chefs de canton de Sotouboua et de Fasao. Sokodé, le 17 février 1950.
63. ANT-Lomé, 2 APA 130, cercle de Sokodé. Service de santé, lutte contre la méningite, 1949. Lire également A. Massoka (2009:59).

64. Nations unies, Rapport du conseil de tutelle sur le Togo sous administration française en 1950, p. 132.
65. Nations unies, Rapport du conseil de tutelle sur le Togo sous administration française en 1950, p. 106.
66. NT-Lomé, 2 APA 87, Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). État des lépreux en traitement. Tournée de l'équipe des prospections SHMP. Rapport d'incidents survenus à Tchatchau (Tchitchao) lors de prospection et traitement de la trypanosomiase. 1936-1954.
67. ANT-Lomé, 2 APA 25, Dapango. Administration générale et politique. Étude monographique de la circonscription de Dapango, 1950.
68. Rapports annuels du gouvernement français à l'Assemblée générale des Nations unies sur l'administration du Togo placé sous la tutelle de la France, 1953, p. 380, 1954, p. 196, 1955, p. 194, 1956, p. 197.
69. Nations unies, Rapport de la Commission des Nations unies pour le Togo sous administration française. Assemblée générale. Douzième session. Distr. gén. A/3677, 25 sept. 1957, p. 237-239.
70. Ministère du Commerce, de l'Industrie, de l'Économie et du Plan. Service de la statistique générale du Togo, *Inventaire économique du Togo*, 1958, p. 39-40.
71. ANT-Lomé, 2APA 72. Mango. Recensement. Recensement des Européens et assimilés au 31/12/1958 dans le cercle de Mango. 1958.
72. ANT Atakpamé 111 FIDES. Programme 1959 ; Guid' AOF., *L'Afrique occidentale et le Togo. 1858-1959*, p. 461-474. On comptait au Togo 1 116 Français, 129 Libanais et 1 089 877 Africains.
73. Il s'agit de l'hôpital général de Lomé, de 13 hôpitaux auxiliaires ruraux et d'un hôpital psychiatrique.
74. Le premier recensement de la population togolaise effectué en 1958-1960 conclut à une croissance du nombre d'habitants, estimé à 1 000 494 personnes contre 992 263 en 1950, 818 375 en 1940, 725 580 en 1930 et 727 741 en 1922 (Gayibor 2005:498-499).

## Sources archivistiques

### *Centre des Archives d'outre-mer : CAOM-Aix-en Provence*

14 miom 2 708 1. Fonds moderne. AOF. Sous série G. 2G 46/103.

14 miom 2 708 1. Fonds moderne. AOF. Sous série G. 2G 46/104. Bobine 132.

### *Archives nationales du Togo*

#### *Lomé*

- ❖ Série APA : Affaires politiques et administratives
  - Sous-série 2APA : répertoire des cercles

*Répertoire des archives du cercle d'Atakpamé*

61. Rapport de tournée effectuée dans l'Akébou par l'Administrateur-Adjoint de 1re cl. R. Cornevin, chef de la subdivision d'Atakpamé les 23, 24 et 25 octobre 1949.
111. FIDES. Programme 1959.

*Répertoire des archives du cercle de Dapango*

25. Dapango. Administration générale et politique. Étude monographique de la circonscription de Dapango. 1950.
97. La lutte contre la méningite cérébro-spinale. 1939-1947.

*Répertoire des archives du cercle de Mango*

1. Mango : Administration générale et politique 1918-1919. Rapport annuel d'ensemble par le Lieutenant Coez, Commandant de 1918-1919. Lieutenant Coez. Occupation française du Togo. Étude sur le cercle de Sansanné Mango 1918-1919, 58 p.
72. Mango. Recensement. Recensement des Européens et assimilés au 31 décembre 1958 dans le cercle de Mango. 1958.
97. Cercle de Mango. Correspondances et comptes rendus relatifs aux périodes d'épidémies dans la région. Épidémie de méningite cérébro-spinale. 1935-1949.

*Répertoire des archives du cercle de Lama-Kara*

## Santé/Pharmacie/service d'hygiène

39. Lama-Kara. Service de l'immigration 1959-1963.
87. Lama-Kara. Service de santé. Cas de méningite (note de service). État des lépreux en traitement. Tournée de l'équipe des prospections SHMP. Rapport d'incidents survenus à Tchatchau lors de prospection et traitement de la trypanosomiase. 1936-1954.

*Répertoire des archives du cercle de Sokodé*

## ▪ Service de santé

130. **Service de santé** : Lutte contre la méningite cérébro-spinale et la fièvre jaune. Prime pour la capture des serpents venimeux. Programme de tournée de S.H.M.P. Dossier de classement des lépreux. Rapport de tournée médicale. Concours pour le recrutement des élèves infirmiers. Affectation du personnel de Santé. Correspondances diverses. 1950-1956.

*Répertoire du cercle de Bassari*

139. Cercle de Bassari. Correspondances relatives à la lutte et au traitement contre : la lèpre, la méningite cérébro-spinale, la rage, la variole, le typhus amaril et contre les serpents venimeux (1942-1949).

### *Répertoire du cercle de Tsévié*

- Service de santé
  117. Instructions pour la lutte contre les épidémies de méningite cérébro-spinale, 1940.
  119. Correspondances, notes de service.  
Tournée de vaccination de l'équipe d'hygiène mobile et de prophylaxie  
Évolution de la maladie de « ver de guinée ».
  120. Construction d'un dispensaire à Agbélouvé et à Tovégan : devis plan et correspondances, 1962.

### *Presses, Rapports et Imprimés officiels*

- Togo-Presse n° 9815 du 23 juin 2016.
- Togo-Presse n° 9727 du 15 février 2016.
- Togo-Presse n° 9737 du lundi 29 février 2016.
- Union pour la patrie n° 892 du 26 février 2016.
- Guid' AOF, *L'Afrique occidentale et le Togo, 1858-1959*.
- Rapport annuel de l'administration française adressée à l'administration française, 1937.
- Rapport annuel du gouvernement français à l'Assemblée générale des Nations unies sur l'administration du Togo placé sous la Tutelle de la France, 1949, 456 p.
- Rapport annuel du gouvernement français à l'Assemblée générale des Nations unies sur l'administration du Togo placé sous la Tutelle de la France, 1950, 452 p.
- Rapport annuel du gouvernement français à l'Assemblée générale des Nations unies sur l'administration du Togo placé sous la Tutelle de la France, 1953, 462 p.
- Rapport annuel du gouvernement français à l'Assemblée générale des Nations unies sur l'administration du Togo placé sous la Tutelle de la France, 1954, 405p.
- Rapport annuel du gouvernement français à l'Assemblée générale des Nations unies sur l'administration du Togo placé sous la Tutelle de la France, 1955, 400 p.
- Rapport annuel du gouvernement français à l'Assemblée générale des Nations unies sur l'administration du Togo placé sous la Tutelle de la France, 1956, 405 p.
- Ministère du Commerce, de l'Industrie, de l'Économie et du Plan. Service de la statistique générale du Togo. *Inventaire économique du Togo, 1958*, 139 p.
- Nations unies. *Rapport du Conseil de Tutelle sur le Togo sous l'administration française*, 1950.
- Nations unies, *Rapport de la Commission des Nations unies pour le Togo sous administration française*. Assemblée Générale. Douzième session. Distr. Gén. A/3677, 25 sept. 1957, p. 237-239.

### **Webographie**

- <http://news.alome.com/h/82397.html>. Épidémie de méningite au Togo/80 cas et 8 décès dans le Dankpen. Publié le mardi 2 février 2016.
- <http://www.27avril.com/blog/culture-societe/sante/togo-epidemie-de-meningite-au-moins-80-cas-dont-65-cas-et-6-morts-a-dankpen>. Par Télégramme 228. 8 février 2016. Source : [02/02/2016] *Kiwi A-W./ F.S*, T228

## Références

- Ali, N., 1995, *Le Togo à l'époque allemande (1884-1914)*, Vol. 4, Thèse de doctorat d'État es Lettres et sciences humaines, université de Paris I, Panthéon, 5 tomes, 2 507 p.
- Alonou, B., 1994, *La politique sanitaire de la France à l'époque coloniale (1910-1960)*, Thèse de doctorat nouveau régime, Poitiers, 395 p.
- Alonou, B., 2006, « L'action humanitaire ou utilitaire de la France », *Revue du CAMES nouvelle série B*. Vol. 007 n° 1, p. 165-172.
- Chéradame, André, 1905, *La colonisation et les colonies allemandes*, thèse de doctorat, Plon, Paris, 471 p.
- Bado, J.-P., 1997, « La santé et la politique en AOF et à l'heure des indépendances (1939-1960) », dans Ch. Becker, S. Mbaye & I. Thioub, AOF : *réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, tome II, Dakar, direction des archives du Sénégal, p. 1242-1 259.
- Becker, Ch. & R. Collingnon, 1998, « Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest », *Cahiers Santé* 1998 ; 8, 411-6, Point de vue, 11 p.
- Ferro, M., 1994, *Histoire des colonisations. Des conquêtes aux indépendances XIII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Paris, Éditions du Seuil, 347 p.
- Guernier, E. & G. Froment, 1951, *Cameroun – Togo : Encyclopédie de l'Afrique Française*, Togo, 574 p.
- Guigblile, D. B., 2002, *Vie, mort et ancestralité chez les Moba du Nord-Togo*, L'Harmattan, Culture et Cosmologie, 279 p.
- Klose, H., 1992, *Le Togo sous drapeau allemand (1894-1897). Les chroniques anciennes du Togo n° 3* Traduction et commentaire de Philippe David, Karthala, Éditions Haho, 424 p.
- Locoh, T., s. d., « La population togolaise d'hier à demain. Essai d'estimation de la population togolaise de 1920 à 1975 », *Études Togolaises de population*, vol. 7, p. 1-14.
- Massoka, A., 2009, *L'œuvre sanitaire de la France en pays nawda au Nord-Togo de 1921 à 1960*, mémoire de maîtrise en histoire, université de Kara, 87 p.
- Nandjirma, N., 2009, *L'œuvre sanitaire de la France en pays konkomba (au Nord-Togo) 1921-1960*, mémoire de maîtrise en histoire, université de Kara, Kara, 91 p.
- Pakali Joseph Koffi, 2013, *L'œuvre sanitaire de la France dans le cercle de Sokodé 1921-1939*, mémoire de maîtrise d'histoire contemporaine, 89 p.
- Pallo M. E., 2010, *La médecine traditionnelle et la médecine moderne en pays kabiye de 1911 à nos jours*, mémoire de maîtrise en histoire, université de Kara, Kara, 81 p.
- Poyodi E., 1992, *L'œuvre sanitaire de la France au Togo (1921-1958) : cas de la lutte contre la maladie du sommeil*, mémoire de maîtrise en histoire, UL, 125 p.
- Taboutiete N., 2009, *Contribution à l'étude de l'œuvre sanitaire allemande au Togo : l'exemple de la lutte contre les maladies endémiques dans le cercle de Sokodé-Bassari dans les années 1910*, mémoire de maîtrise d'allemand, Lomé, UL, 94 p.

