LES PRATIQUES D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES : LE CAS DE L'HÔPITAL COLONIAL DE GRAND-BASSAM 1899-1930

N'GUESSAN Rokia Boubacard épouse ANOH
Département Histoire, Université Alassane Ouattara Bouaké-Côte D'Ivoire
rokiaboubacar@gmail.com.
ESSEY Bonzou Ella épouse OHOUO
Département d'Histoire-Géographie,
École Normale Supérieure d'Abidjan
ellabonzou2@gmail.com

Résumé

Première capitale de la Côte d'Ivoire coloniale, Grand-Bassam était exposée aux maladies contagieuses en raison de son site lagunaire et littoral. Dans quelle mesure les pratiques d'hygiène mises en œuvre à l'hôpital colonial de Grand-Bassam entre 1899 et 1930 ont-elles contribué à lutter contre ces maladies ? Quelles limites matérielles, humaines et idéologiques ont restreint leur efficacité ? Nous postulons que l'hygiène était à la fois une stratégie sanitaire et un instrument de gestion de l'espace colonial. Elle a structuré le fonctionnement de l'établissement, sans toutefois parvenir à en faire un rempart pleinement efficace contre les épidémies avant 1930.
Sur le plan méthodologique, cette étude repose sur la méthode historique. Elle s'appuie sur une analyse qualitative, critique et croisée de sources d'archives conservées en Côte d'Ivoire et au Sénégal. Il s'agit notamment des rapports annuels et mensuels des services de santé, des rapports d'inspection et des correspondances des médecins-chefs et des gouverneurs. Ces sources sont confrontées à la littérature scientifique.
Les résultats montrent que l'insalubrité des locaux, la vétusté des instruments et la faible formation du personnel contribuaient à maintenir des conditions susceptibles de favoriser la contamination. Ils montrent également un renforcement progressif des mesures d'hygiène. Celles-ci concernent notamment l'architecture, l'asepsie, l'antisepsie et les protocoles applicables au personnel. Ce renforcement est particulièrement perceptible à partir de 1900 et avec l'ouverture du nouvel hôpital en 1930. Enfin, ces pratiques

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 – Octobre 2026

participèrent également à une organisation différenciée de l'espace hospitalier entre Européens et Africains.

Mots-clés : *maladies contagieuses, hôpital colonial, hygiène hospitalière, assainissement, Grand-Bassam.*

Abstract

As the first capital of colonial Côte d'Ivoire, Grand-Bassam was vulnerable to contagious diseases due to its location on a lagoon and along the coast. To what extent did the hygiene practices implemented at the colonial hospital in Grand-Bassam between 1899 and 1930 help combat these diseases? What material, human, and ideological constraints limited their effectiveness? We argue that hygiene served both as a public health strategy and as a tool for managing colonial space. It shaped the hospital's operations, though it did not succeed in making it a fully However, they were able to turn it into a fully effective bulwark against epidemics by 1930. Methodologically, this study is based on the historical method. It draws on a qualitative, critical, and cross-referenced analysis of archival sources held in Côte d'Ivoire and Senegal. These include, in particular, annual and monthly reports from health services, inspection reports, and correspondence from chief medical officers and governors. These sources are compared with the scientific literature. The results show that unsanitary facilities, outdated equipment, and poorly trained staff contributed to conditions that could foster contamination. They also reveal a gradual strengthening of hygiene measures. These measures pertain in particular to architecture, asepsis, antisepsis, and protocols for staff. This improvement is particularly noticeable from 1900 onward and with the opening of the new hospital in 1930. Finally, these practices also contributed to a differentiated organization of hospital space between Europeans and Africans.

Keywords *: contagious diseases, colonial hospital, hospital hygiene, sanitation, Grand-Bassam.*

Introduction

L'hôpital colonial constituait un espace essentiel de prise en charge des malades dans les territoires colonisés. Il accueillait les personnes atteintes de différentes affections et assurait leur traitement dans un contexte marqué par la faiblesse des moyens

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO *Vol 3 N°9 – Octobre 2026*

médicaux et la récurrence des maladies contagieuses (B. Miezan, 2021, p16). Cependant, le regroupement des malades dans un même espace pouvait également favoriser la transmission des infections. L'hôpital ne devait pas seulement être un lieu de soins. Il devait aussi être un espace où des mesures étaient prises pour limiter les risques de contamination. L'hygiène hospitalière occupait ainsi une place importante dans son fonctionnement.

Cette question revêtait une importance particulière dans les villes coloniales confrontées à des conditions sanitaires difficiles. À la fin du XIXe siècle, la Côte d'Ivoire devint officiellement une colonie française et Grand-Bassam fut choisie capitale en 1893(J.N, Loucou, 2016, p44). Située entre la lagune et l'océan, la ville était particulièrement exposée à certaines maladies tropicales. Les conditions environnementales et sanitaires constituaient alors une préoccupation pour les populations locales, mais aussi pour les autorités coloniales et leurs agents (R. B, N'guessan,2022, p.130)

Dans ce contexte, l'hôpital colonial de Grand-Bassam s'inscrivait dans le dispositif de prise en charge des malades et de lutte contre les maladies. L'année 1899 constitue un moment important dans cette histoire. Une grave épidémie de fièvre jaune frappa alors la ville et provoqua une forte mortalité, parmi la population européenne[1]. Le gouverneur Eugène Bertin figura parmi les victimes (D. Domergue, 1986, p144). Cet épisode mit en évidence les difficultés du dispositif sanitaire existant et renforça l'attention portée aux conditions d'hygiène et d'assainissement. La lutte contre les maladies contagieuses ne pouvait dès lors se limiter à la prise en charge médicale des malades. Elle impliquait également l'entretien des locaux, la gestion des espaces, la désinfection du matériel et l'application

[1] ANCI, 2HH168, correspondance au sujet de la fièvre jaune 1903.

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 – Octobre 2026

de règles d'hygiène par le personnel. Ces pratiques évoluèrent progressivement au cours de la période étudiée. La construction du nouvel hôpital en 1930 constitue, à cet égard, un repère important. L'organisation des espaces et les équipements destinés à l'hygiène et à la stérilisation témoignent d'une volonté de mieux prendre en compte les risques liés à la transmission des maladies.

Cette évolution des pratiques d'hygiène conduit à s'interroger sur leur place dans le fonctionnement de l'hôpital colonial de Grand-Bassam. Dans quelle mesure les pratiques d'hygiène mises en œuvre dans cet établissement entre 1899 et 1930 ont-elles contribué à lutter contre les maladies contagieuses **?** Cette question conduit également à examiner les limites de ces pratiques, notamment celles liées aux conditions matérielles, aux ressources humaines et à l'organisation de l'espace hospitalier.

L'objectif de cette étude est d'analyser les pratiques d'hygiène mises en œuvre à l'hôpital colonial de Grand-Bassam entre 1899 et 1930 et d'apprécier leur rôle dans la lutte contre les maladies contagieuses. Il s'agit plus précisément d'identifier les principales mesures d'hygiène adoptées, d'examiner leur évolution et d'analyser les conditions matérielles et humaines qui ont influencé leur application.

Sur le plan méthodologique, cette étude repose sur la méthode historique. Elle s'appuie sur une analyse qualitative, critique et croisée de sources d'archives, d'ouvrages, d'articles scientifiques et de rapports administratifs. Une attention particulière a été accordée aux rapports annuels et mensuels des services de santé de la colonie de Côte d'Ivoire, aux rapports d'inspection ainsi qu'aux correspondances échangées entre les médecins-chefs et les autorités administratives. Ces documents

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO *Vol 3 N°9 – Octobre 2026*

renseignent sur la situation sanitaire, les conditions d'hygiène et l'état des bâtiments hospitaliers. Leur confrontation avec la littérature scientifique permet de mieux comprendre l'évolution des pratiques d'hygiène dans l'établissement.

L'étude s'articule autour de trois axes. Le premier présente le cadre hospitalier et sanitaire de Grand-Bassam. Le deuxième examine les principales maladies contagieuses présentes dans la ville au cours de la période étudiée. Le troisième analyse les différentes pratiques d'hygiène mises en œuvre à l'hôpital colonial ainsi que leurs limites dans la lutte contre la propagation des maladies.

1. Présentation de l'environnement hospitalier de grand-Bassam

L'établissement hospitalier de Grand-Bassam avait pour fonction d'assurer la prise en charge médicale des populations locales et des Européens présents dans la colonie. Toutefois, les conditions matérielles dans lesquelles cette prise en charge était assurée présentaient d'importantes insuffisances. L'état des bâtiments, la vétusté du matériel et les difficultés liées à l'entretien des locaux constituaient autant de contraintes pour l'application des pratiques d'hygiène. Ces conditions doivent être replacées dans le contexte particulier d'une ville située entre la lagune et l'océan, où l'humidité et les eaux stagnantes compliquaient l'entretien des infrastructures.

1.1. Un cadre hospitalier austère

À l'origine, l'hôpital de Grand-Bassam était conçu pour répondre aux exigences sanitaires de l'administration coloniale. Son architecture devait tenir compte des conditions climatiques locales. Les bâtiments étaient surélevés afin de limiter le contact avec un sol humide et de favoriser la circulation de l'air (R.B

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 _ Octobre 2026

N'guessan, 2022, p220). Cette conception s'inscrivait dans une vision de l'hygiène encore largement influencée par la théorie des *miasmes*[2], selon laquelle les mauvaises émanations pouvaient être à l'origine des maladies.

Dans la pratique, les conditions matérielles de l'établissement demeuraient précaires. L'humidité et la proximité de la lagune et de la mer contribuaient à la dégradation des bâtiments et des équipements. Les locaux destinés aux malades étaient parfois mal entretenus et les matériaux utilisés ne résistaient pas toujours aux conditions environnementales. Des problèmes de fuites d'eau, de dégradation des murs et de saleté des sols sont ainsi signalés dans les documents relatifs à l'établissement (R B. N'guessan, 2022, p.105)

En 1904, la colonie de Côte d'Ivoire comptait cinq formations sanitaires : Grand-Bassam, Abidjan, Toumodi, Grand-Lahou et Bouaké[3]. L'ambulance de Grand-Bassam comprenait alors un pavillon destiné aux Européens, un pavillon pour les indigènes et un pavillon réservé à la pharmacie. L'annexe destinée aux indigènes se résumait à un bâtiment exigu, délabré et mal entretenu. Les lieux d'aisance réservés aux indigènes et au personnel hospitalier consistaient en un simple édicule équipé d'une tinette. Malgré un entretien quotidien, leur construction défectueuse favorisait la persistance d'odeurs nauséabondes (R. B. N'guessan, 2022, p. 99).

Le pavillon européen n'échappait pas davantage aux difficultés d'entretien. Le pavillon indigène ne disposait que de douze lits, contre dix pour celui des Européens. Ces capacités d'accueil apparaissaient limitées au regard de l'évolution de la population et de la fréquence des épisodes épidémiques. Dans certaines

[2] Mauvais air
[3] ANS, 2G55-17, service de santé de la Côte d'Ivoire, rapport annuel, 1905.

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 – Octobre 2026

situations, la promiscuité pouvait ainsi compliquer l'application des mesures d'hygiène et favoriser les risques de transmission. Les petites dimensions des chambres limitaient notamment la circulation de l'air et rendaient plus difficile le maintien de conditions sanitaires satisfaisantes (A. Sarraut, 1923, p. 32).

L'état des infrastructures révèle ainsi le décalage entre la fonction sanitaire assignée à l'établissement et les conditions matérielles dans lesquelles celle-ci devait être assurée. À Grand-Bassam, l'hôpital constituait à la fois un lieu de soins et un espace soumis à de fortes contraintes environnementales et matérielles.

1.2. Des instruments médicaux vétustes

Les difficultés ne concernaient pas uniquement les bâtiments. Elles touchaient également les instruments et les équipements utilisés pour la prise en charge des malades. L'état du matériel médical témoignait des difficultés rencontrées par la médecine coloniale pour maintenir des équipements adaptés dans un environnement marqué par la chaleur et l'humidité.

Les instruments importés de France pouvaient être techniquement avancés pour leur époque. Leur utilisation à Grand-Bassam restait toutefois confrontée aux conditions climatiques locales. L'air marin et l'humidité favorisaient la corrosion des instruments métalliques. Cette situation pouvait compromettre leur conservation et leur utilisation régulière (R. B. N'guessan, 2022, p. 100).

Les rapports consacrés à l'établissement font également état de difficultés d'approvisionnement en fournitures médicales. Les pansements, le coton et certains produits antiseptiques pouvaient manquer lorsque les approvisionnements en provenance de la métropole connaissaient des retards. Le matériel disponible

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 – Octobre 2026

vieillissait également. Les lits des malades étaient oxydés et plusieurs équipements, notamment les draps, les meubles, les tables, les armoires et les serviettes étaient signalés comme étant hors d'usage[4].

Ces insuffisances matérielles avaient des conséquences sur les conditions de prise en charge des patients. La vétusté du matériel, la difficulté à disposer régulièrement de produits nécessaires aux soins et les problèmes d'entretien compliquaient l'application des mesures d'hygiène. Dans un établissement accueillant des patients atteints de maladies diverses, ces contraintes pouvaient accroître les risques de transmission.

La question de la stérilisation du matériel était également importante. À cette époque, les instruments médicaux étaient réutilisables et leur désinfection nécessitait des opérations spécifiques. Les seringues en verre et les aiguilles métalliques étaient nettoyées et stérilisées après leur utilisation (R. B, N'guessan,2022, p208). Ces pratiques exigeaient du personnel, du matériel adapté et une certaine maîtrise des procédures d'hygiène.

Ainsi, l'état des équipements constituait l'une des principales contraintes auxquelles était confronté l'hôpital colonial de Grand-Bassam. La question de l'hygiène ne dépendait donc pas seulement des règles prescrites par les autorités sanitaires. Elle était également liée à la disponibilité et à l'état du matériel nécessaire à leur application.

1.3. Une population vulnérable

Les conditions matérielles de l'hôpital avaient des implications directes sur les patients et le personnel qui y travaillaient. L'établissement était implanté sur un cordon littoral sablonneux,

[4] ANCI, 2HH21, rapport médical de la colonie de Côte d'Ivoire dressé par le docteur Bouffard, 1925.

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 _ Octobre 2026

à proximité de zones marécageuses. L'humidité et les difficultés d'évacuation des eaux constituaient des contraintes permanentes pour l'entretien des locaux. Certains bâtiments semblaient relativement bien conservés, tandis que ceux situés en bordure de mer étaient davantage exposés à la dégradation. Les murs étaient marqués par l'humidité et une partie du matériel de couchage était dans un état insuffisant pour assurer des conditions d'hospitalisation satisfaisantes.[5]

Cette situation concernait particulièrement les patients africains. Le manque d'espace et l'état des bâtiments conduisaient à leur prise en charge dans des dépendances plus petites et moins adaptées. Les différences observées dans les conditions d'hébergement renvoient ainsi à l'organisation différenciée de l'espace hospitalier entre Européens et Africains[6].

Les conditions d'hygiène étaient également liées à la gestion des eaux usées et à la présence de zones humides autour de l'établissement. La stagnation de l'eau pouvait favoriser la prolifération des moustiques, particulièrement préoccupante dans une région où le paludisme et la fièvre jaune constituaient des problèmes sanitaires importants. Il convient toutefois de distinguer les risques liés à l'environnement de l'établissement de la démonstration d'une contamination effective des patients à l'intérieur de l'hôpital.

L'application des mesures d'hygiène reposait enfin sur une organisation hiérarchisée du personnel. Le médecin colonial, souvent issu du corps de santé des troupes coloniales, assurait des fonctions de direction et de surveillance. Il était notamment chargé de veiller à l'application des mesures sanitaires et pouvait introduire certaines pratiques liées à la médecine pastorienne,

[5] ANCI, 2HH110, rapports médicaux mensuels.
[6] ANCI, 2HH11O, op.cit.

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 – Octobre 2026

telles que la stérilisation, l'isolement ou la vaccination (R.B. N'guessan,2022, p202).
Le personnel local occupait, quant à lui, une place essentielle dans l'application quotidienne de ces mesures. Les infirmiers et les auxiliaires étaient chargés de l'entretien des salles, des soins aux malades, de la gestion des déchets et des excréments ainsi que du traitement des plaies. Ils assuraient également une fonction d'intermédiaire entre les médecins européens et les patients africains (R.B. N'guessan,2022, p.103).

Cette organisation rencontrait plusieurs difficultés. La formation du personnel local, les moyens disponibles et les relations entre les agents de santé et les patients influençaient les conditions d'application des règles d'hygiène. Les pratiques prescrites par les médecins ne pouvaient être effectivement appliquées que si elles étaient comprises, acceptées et accompagnées des moyens matériels nécessaires.
L'environnement hospitalier de Grand-Bassam apparaît ainsi marqué par un contraste entre les exigences croissantes de l'hygiène médicale et les conditions concrètes de fonctionnement de l'établissement. La vétusté des bâtiments et du matériel, les contraintes environnementales, les capacités d'accueil limitées et les difficultés liées à la formation du personnel constituaient autant de facteurs susceptibles de compliquer la lutte contre les maladies contagieuses. Ces contraintes permettent de mieux comprendre les transformations ultérieures des pratiques d'hygiène dans l'hôpital colonial.

2. L'identification des maladies liées aux défaillances d'hygiène hospitalière dans la ville coloniale de grand-Bassam

Malgré son importance dans le dispositif sanitaire colonial, l'hôpital de Grand-Bassam était confronté à d'importantes

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 – Octobre 2026

difficultés d'assainissement et d'hygiène. L'état des infrastructures, les conditions environnementales et les moyens limités dont disposait l'établissement compliquaient la prévention des maladies. Ces contraintes pouvaient favoriser la circulation de certaines affections au sein de l'établissement et dans son environnement immédiat.

2.1. Les principales pathologies observées

La ville coloniale de Grand-Bassam était située sur le littoral, entre l'océan Atlantique et la lagune Ouladine[7], un bras de la lagune Ébrié. Elle comptait également plusieurs zones marécageuses. Ces caractéristiques environnementales constituaient des facteurs favorables à la présence de moustiques et à la persistance de certaines maladies.

Les difficultés d'assainissement étaient également visibles dans l'environnement hospitalier. La stagnation des eaux et l'insuffisance des dispositifs d'évacuation des eaux usées compliquaient le maintien de conditions sanitaires satisfaisantes. Le manque d'adduction d'eau obligeait par ailleurs le personnel à conserver des réserves dans des fûts ou des jarres. Lorsque ces récipients n'étaient pas correctement protégés, ils pouvaient constituer des lieux favorables à la prolifération des moustiques[8].

Ces différentes contraintes contribuaient à créer un environnement sanitaire fragile. L'hôpital, qui devait assurer la prise en charge des malades, était ainsi confronté à plusieurs affections, notamment le paludisme, la fièvre jaune, la tuberculose et la dysenterie.

Le paludisme figurait parmi les maladies les plus fréquentes à Grand-Bassam. Il touchait aussi bien les populations africaines

[7] ANCI, 1EE123, rapport d'inspection cercle de Bassam 1911-1913.
[8] Idem

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 – Octobre 2026

que les Européens. La présence de marécages, de zones humides et de la lagune favorisait la prolifération des moustiques vecteurs. L'environnement hospitalier n'échappait pas à ces contraintes.

Les caractéristiques des bâtiments pouvaient également compliquer la lutte contre les moustiques. Les fenêtres des chambres n'étaient pas systématiquement équipées de moustiquaires ou de dispositifs de protection. Cette situation pouvait faciliter l'entrée des moustiques dans les salles de soins. Elle constituait donc un risque supplémentaire pour les malades et le personnel.

La fièvre jaune représentait également une menace importante. Toutefois, le lien direct entre les conditions d'hygiène de l'hôpital et la transmission de la maladie doit être établi avec prudence. La présence de moustiques dans l'environnement hospitalier pouvait favoriser la transmission, mais elle ne permet pas, à elle seule, d'affirmer qu'un patient avait nécessairement contracté la maladie dans l'établissement.
D'autres affections étaient également présentes dans l'environnement hospitalier. La promiscuité dans certaines salles, l'insuffisance de l'entretien et les difficultés liées à la gestion du matériel pouvaient compliquer la prévention des infections. La tuberculose, notamment, pouvait se transmettre plus facilement dans des espaces fermés et insuffisamment aérés.

La dysenterie figurait également parmi les maladies observées à Grand-Bassam. Les conditions d'approvisionnement en eau, l'évacuation des déchets et l'hygiène des mains et du linge constituaient des enjeux importants dans sa prévention. En l'absence de mesures suffisamment rigoureuses, ces contraintes pouvaient favoriser la circulation des agents infectieux.

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 _ Octobre 2026

Ainsi, les conditions environnementales et matérielles de l'hôpital de Grand-Bassam constituaient des contraintes importantes pour la lutte contre les maladies. Le paludisme, la fièvre jaune, la tuberculose et la dysenterie illustrent les différentes menaces sanitaires auxquelles l'établissement et la population étaient confrontés.

2.2. L'impact de ces pathologies sur la population

Grand-Bassam occupait une place importante dans l'histoire sanitaire de la Côte d'Ivoire coloniale. Son environnement lagunaire et les difficultés d'assainissement exposaient la population à plusieurs maladies endémiques et épidémiques. L'hôpital devait répondre aux besoins sanitaires d'une population en croissance, tout en faisant face à des moyens matériels limités.

Les difficultés d'évacuation des eaux usées, les problèmes de drainage et la présence de zones humides constituaient des facteurs favorables à la persistance de certaines maladies. Ces conditions pouvaient notamment contribuer au maintien du paludisme et de certaines affections diarrhéiques[9] Le paludisme constituait ainsi une importante cause de morbidité et affectait aussi bien les populations locales que les Européens.

La fièvre jaune eut cependant des conséquences particulièrement importantes sur la population européenne. Les données rapportées par J. B. Séka montrent l'ampleur de la mortalité enregistrée au début du XXe siècle. Le chef-lieu de la colonie comptait 60 Européens recensés. Parmi eux, 20 furent évacués dès l'apparition des premiers symptômes. Sur les 40 personnes restées sur place, 30 moururent de la fièvre jaune (J. B. Séka, 2021, p. 25). La situation demeura préoccupante au cours des années suivantes. En 1902-1903, entre 20 et 30 décès

[9]ANCI, 2HH43, rapport d'ensemble sur le service de santé en Côte d'Ivoire, 1924.

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 – Octobre 2026

furent enregistrés parmi une population européenne comprise entre 70 et 100 personnes, soit un taux moyen estimé à 25 % (J. B. Séka, 2021, p. 25).

Les populations africaines n'étaient pas épargnées par les maladies infectieuses, notamment le paludisme et la dysenterie. Les données disponibles indiquent une mortalité différente liée à la fièvre jaune. Sur les 16 à 20 décès enregistrés en 1902, un seul concernait un Africain. Aucun décès d'autochtone ne fut mentionné dans les statistiques de 1903 (J. B. Séka, 2021, pp. 25-26). Ces données sont interprétées avec prudence. Elles peuvent traduire une différence d'exposition ou de mortalité, mais ne suffisent pas à elles seules à établir une « résistance » biologique des populations africaines à la fièvre jaune.

Au-delà de la mortalité, ces maladies eurent également des conséquences sociales et économiques. Les épidémies affectaient le fonctionnement de l'administration coloniale et fragilisaient la présence européenne dans la ville. La situation sanitaire de Grand-Bassam contribua ainsi aux réflexions sur le transfert du centre administratif vers Bingerville.

Les difficultés sanitaires entraînèrent également la mise en place de nouvelles mesures de contrôle de l'espace urbain. L'administration coloniale chercha à séparer certains espaces occupés par les Européens de ceux occupés par les populations africaines. Cette séparation reposait en partie sur l'idée que les quartiers africains étaient particulièrement insalubres et pouvaient constituer des réservoirs de maladies.

Ces représentations doivent être replacées dans le contexte des politiques sanitaires coloniales. Elles ne relevaient pas uniquement de considérations médicales. Les mesures d'assainissement étaient également liées au contrôle de l'espace

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 – Octobre 2026

urbain et à la hiérarchisation des populations. La destruction de certaines habitations considérées comme insalubres et l'imposition de nouvelles règles de voirie pouvaient ainsi être vécues comme des contraintes par les populations concernées.
L'analyse des maladies et de leurs conséquences met finalement en évidence un paradoxe. L'hôpital colonial était conçu comme un espace de soins et de protection sanitaire. Pourtant, ses insuffisances matérielles et les contraintes environnementales limitaient son efficacité dans la prévention des maladies. Il convient de ne pas considérer l'hôpital comme une source systématique de contamination. Les conditions observées étaient plutôt susceptibles de favoriser la transmission de certaines affections et de compliquer leur prise en charge.

3. Les mesures d'hygiène mises en œuvre dans cette formation sanitaire

Face aux difficultés sanitaires auxquelles l'hôpital colonial de Grand-Bassam était confronté, différentes mesures d'hygiène furent progressivement mises en œuvre. Elles concernaient à la fois l'entretien des locaux, la désinfection des équipements et les pratiques du personnel soignant. Leur application s'inscrivait dans un contexte marqué par les progrès de la médecine pasteurienne, mais aussi par des contraintes matérielles et environnementales importantes.

3.1. L'hygiène des locaux

L'hygiène des locaux reposait sur plusieurs dispositifs. Elle concernait à la fois l'organisation architecturale des bâtiments, leur entretien et l'utilisation de produits destinés à la désinfection.

L'architecture de l'hôpital de Grand-Bassam intégrait certains principes destinés à limiter les effets de l'humidité et à favoriser

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 – Octobre 2026

la circulation de l'air. Plusieurs bâtiments étaient ainsi construits sur pilotis ou sur des soubassements surélevés[10]. Le bloc de soins était également entouré d'une véranda et comportait des ouvertures permettant une meilleure ventilation. Des persiennes et des baies vitrées étaient utilisées pour protéger les chambres des malades contre les embruns marins et l'humidité. Ces aménagements répondaient aux contraintes particulières du milieu littoral (R. B. N'guessan, 2024, p. 119).

Les ouvertures et les espaces ventilés étaient également considérés comme des moyens de limiter la chaleur et de renouveler l'air des salles. Dans le contexte de l'époque, la conception architecturale participait ainsi aux préoccupations d'hygiène hospitalière. Les bâtiments surélevés permettaient de limiter les effets de l'humidité du sol, tandis que les galeries et les ouvertures favorisaient la circulation de l'air.

La lutte contre le paludisme et la fièvre jaune constituait par ailleurs une préoccupation importante. Les autorités coloniales cherchèrent à réduire la présence des eaux stagnantes autour des bâtiments. Des mesures de drainage et d'assainissement furent ainsi mises en œuvre afin de limiter les conditions favorables à la prolifération des moustiques. La suppression de certaines pratiques d'évacuation des eaux et l'amélioration de la voirie participaient également de cette politique d'assainissement.

À l'intérieur de l'hôpital, l'entretien des locaux reposait sur l'utilisation de produits désinfectants. Le nettoyage des sols pouvait notamment être effectué avec de l'eau additionnée de crésyl. La chaux était également utilisée pour l'entretien et le traitement de certaines surfaces. Ces pratiques témoignent de l'importance croissante accordée à la désinfection dans les établissements de santé.

[10] ANCI, 2HH147, rapport médical annuel de Grand-Bassam fait par le docteur Couvy 1914.

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 _ Octobre 2026

Une évolution importante apparaît avec la construction du nouvel hôpital en 1930. Cette transformation ne répondait pas uniquement à un besoin d'espace. Elle traduisait également une volonté d'améliorer l'organisation des soins et les conditions sanitaires de l'établissement. La séparation des espaces et l'organisation des différents services permettaient une meilleure différenciation des fonctions hospitalières.

L'organisation en plusieurs bâtiments ou espaces spécialisés contribuait à limiter les contacts entre catégories de malades. Les espaces destinés aux différents types de soins étaient davantage différenciés. Cette organisation devait également faciliter l'entretien et la surveillance sanitaire des locaux.

L'évolution des infrastructures concernait aussi les équipements sanitaires. Les matériaux utilisés dans certains espaces de soins facilitaient leur nettoyage. L'aménagement des dispositifs d'évacuation des eaux visait également à réduire les problèmes liés à la stagnation.

Ainsi, l'hygiène des locaux ne reposait plus uniquement sur le nettoyage quotidien. Elle était intégrée à la conception même de l'établissement. L'architecture, la ventilation, la gestion de l'eau, la désinfection et la séparation des espaces participaient à une même volonté de réduire les risques sanitaires.

3.2. L'hygiène des équipements médicaux

L'hygiène des équipements médicaux constituait un autre aspect important de la lutte contre les infections. Elle évolua progressivement avec la diffusion des principes de la médecine pasteurienne et des techniques d'asepsie et d'antisepsie.
L'asepsie désigne l'ensemble des mesures destinées à empêcher l'introduction de micro-organismes dans un milieu ou sur un objet. L'antisepsie consiste, quant à elle, à détruire ou à réduire

les micro-organismes présents sur les tissus ou les surfaces au moyen de substances appropriées. Ces deux approches contribuèrent à transformer les pratiques médicales et chirurgicales à partir de la fin du XIXe siècle.

Dans les établissements coloniaux, ces principes se traduisaient notamment par le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel. L'ébullition constituait l'un des procédés utilisés pour traiter certains instruments. Les instruments métalliques pouvaient être placés dans des récipients chauffés afin d'être soumis à une température élevée pendant une durée déterminée. L'autoclave[11] représentait une autre étape importante dans l'évolution des pratiques de stérilisation. Cet appareil permettait de stériliser le matériel par la vapeur sous pression. Son utilisation concernait notamment les instruments, le linge et certains matériels employés dans les interventions chirurgicales. La date précise d'introduction de l'autoclave à l'hôpital de Grand-Bassam reste à établir à partir des sources disponibles. Il est donc présenté ici comme un jalon général de l'évolution des pratiques de stérilisation dans les établissements coloniaux, et non comme un fait daté de l'histoire de l'établissement.

Les produits antiseptiques occupaient également une place importante dans les pratiques d'hygiène. Le phénol, le bichlorure de mercure, l'alcool et la teinture d'iode furent utilisés à différentes périodes dans les pratiques médicales de désinfection. Leur utilisation répondait à la volonté de limiter la présence des agents infectieux sur les instruments, les surfaces et, dans certains cas, les mains du personnel.
Cependant, les conditions environnementales de Grand-Bassam compliquaient la conservation du matériel. L'humidité et l'air marin favorisaient la corrosion des instruments métalliques. Le stockage constituait donc un enjeu important. Les instruments

[11] C'est un appareil de stérilisation

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 _ Octobre 2026

devaient être correctement nettoyés, séchés et conservés dans des conditions permettant de les protéger de l'humidité, de la poussière et des insectes.

La vétusté du matériel constituait néanmoins une limite importante à l'application des règles d'hygiène. Les difficultés d'approvisionnement et les conditions de conservation pouvaient compromettre la disponibilité d'équipements adaptés. L'hygiène des instruments dépendait ainsi autant des prescriptions médicales que des moyens matériels réellement disponibles.
L'évolution des pratiques d'hygiène témoigne donc d'une transformation progressive du fonctionnement hospitalier. Le nettoyage et la désinfection furent complétés par des procédés de stérilisation plus élaborés. Toutefois, leur efficacité demeurait étroitement liée à la disponibilité du matériel et aux conditions dans lesquelles celui-ci était conservé.

3.3. L'hygiène du personnel soignant

Le personnel soignant occupait une place essentielle dans l'application quotidienne des mesures d'hygiène. À l'hôpital colonial de Grand-Bassam, l'organisation du personnel s'inscrivait dans la structure hiérarchique de l'administration sanitaire coloniale.
Les médecins coloniaux occupaient les fonctions de direction et de surveillance. Ils étaient chargés de l'organisation des soins, de la supervision du personnel et de l'application des mesures sanitaires. Le personnel infirmier et les auxiliaires assuraient, quant à eux, une grande partie des tâches quotidiennes auprès des malades.
Des religieuses furent également associées au fonctionnement de certains services hospitaliers. Leur participation concernait les soins, la maternité, l'entretien des locaux ou encore la gestion de certains services. Les auxiliaires africains occupaient

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 _ Octobre 2026

également une place importante dans le fonctionnement quotidien de l'établissement. Ils assuraient les soins courants, l'entretien des salles et diverses tâches liées à la prise en charge des malades.

La formation et la surveillance du personnel constituaient dès lors des enjeux importants. Les règles d'hygiène concernaient la propreté des vêtements, le nettoyage des mains, la désinfection du matériel et la manipulation du linge souillé.
Le lavage des mains occupait une place croissante dans les pratiques médicales à partir du XIXe siècle. Les travaux d'Ignace Semmelweis avaient montré l'importance de cette pratique dans la prévention de la fièvre puerpérale[12]. La diffusion progressive des théories microbiennes renforça ensuite l'attention portée à l'hygiène des mains et à la désinfection.
Dans cette perspective, le personnel devait respecter certaines règles avant et après les soins. L'utilisation de solutions antiseptiques faisait partie des pratiques développées dans les établissements médicaux de l'époque. Mais, l'application concrète de ces mesures dépendait des ressources disponibles dans chaque établissement.

La gestion du linge et des déchets constituait également une préoccupation. Les linges souillés devaient être nettoyés ou désinfectés afin de limiter les risques de contamination. Dans certaines situations, les matériels considérés comme contaminés pouvaient être détruits ou soumis à des traitements spécifiques.
La séparation des espaces constituait une autre mesure importante. Lorsque l'organisation des bâtiments le permettait, les malades atteints d'affections contagieuses pouvaient être isolés des autres patients. Cette séparation visait à limiter les contacts et à faciliter la surveillance des personnes considérées comme contagieuses.

[12] Est une infection grave qui touche la femme après un accouchement ou une fausse couche.

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 _ Octobre 2026

La lutte contre les moustiques complétait ces mesures. Après l'identification du rôle du moustique dans la transmission de la fièvre jaune au début du XXe siècle, les dispositifs de protection contre les vecteurs prirent une importance croissante. Les moustiquaires et les grillages contribuaient à réduire l'exposition des malades et du personnel.

Cependant, l'application de ces règles rencontrait plusieurs difficultés. Les établissements coloniaux souffraient souvent d'un manque d'eau courante, de lavabos, de matériel de blanchisserie et d'équipements adaptés. La formation du personnel auxiliaire constituait également une limite importante. Il convient de distinguer les prescriptions d'hygiène de leur application effective. Les règlements pouvaient imposer le lavage des mains, la désinfection du matériel ou le port de vêtements approprié[13]. Dans la pratique, la réalisation de ces opérations dépendait des infrastructures, du matériel disponible et de la formation du personnel.

L'hygiène du personnel soignant apparaît ainsi comme un élément essentiel du fonctionnement de l'hôpital colonial de Grand-Bassam. Elle reposait sur des prescriptions de plus en plus précises, mais leur mise en œuvre demeurait confrontée aux contraintes matérielles, environnementales et humaines de l'établissement. L'évolution des pratiques d'hygiène traduit donc moins une rupture brutale qu'un processus progressif d'adaptation des normes sanitaires aux réalités du contexte colonial.

Conclusion

L'étude des pratiques d'hygiène à l'hôpital colonial de Grand-Bassam entre 1899 et 1930 met en évidence les difficultés

[13] ANS, 2G10-38, Côte d'Ivoire service de santé rapport annuel, 1910.

REVUE ARCHIVES INTERNATIONALES _ CCA CONGO Vol 3 N°9 _ Octobre 2026

rencontrées par cet établissement dans la prévention des maladies contagieuses. L'humidité du milieu littoral, l'état des bâtiments, la vétusté de certains équipements et les capacités limitées de l'établissement constituaient des contraintes importantes. Ces conditions pouvaient favoriser la circulation de certaines affections, notamment le paludisme, la fièvre jaune et la dysenterie.

Cependant, la période étudiée correspond également à une évolution progressive des pratiques d'hygiène hospitalière. Celle-ci s'est manifestée à plusieurs niveaux. L'architecture des bâtiments accordait une place croissante à la ventilation, à la gestion de l'humidité et à la séparation des espaces. Les pratiques de nettoyage, de désinfection et de stérilisation se développèrent également avec la diffusion des principes de la médecine pasteurienne. Enfin, le personnel soignant fut progressivement soumis à des règles plus précises concernant l'entretien des locaux, la manipulation du matériel et l'hygiène des soins.

La construction du nouvel hôpital en 1930 constitue, à cet égard, un moment important de cette évolution. Elle témoigne d'une volonté d'adapter l'organisation de l'établissement aux nouvelles exigences sanitaires. Toutefois, ces transformations ne doivent pas être interprétées comme une rupture totale. Leur mise en œuvre demeurait dépendante des moyens matériels disponibles, des conditions environnementales et de la formation du personnel.

L'étude montre également que l'hygiène hospitalière dépassait le seul cadre des soins. Elle s'inscrivait dans une politique plus large d'assainissement et de contrôle de l'espace urbain. Les mesures sanitaires adoptées par l'administration coloniale pouvaient ainsi s'accompagner d'une différenciation entre les

espaces occupés par les Européens et ceux occupés par les populations africaines. L'hygiène constituait donc à la fois un instrument de protection sanitaire et un moyen de gestion de l'espace colonial.

En définitive, l'hôpital colonial de Grand-Bassam apparaît comme un espace marqué par une tension entre les ambitions de la médecine coloniale et les contraintes matérielles, environnementales et humaines auxquelles elle était confrontée. Entre 1899 et 1930, les pratiques d'hygiène se sont progressivement structurées, sans pour autant permettre de supprimer les risques sanitaires. L'histoire de cet établissement montre ainsi que la modernisation de l'hygiène hospitalière fut un processus progressif, au cours duquel les normes médicales furent constamment confrontées aux réalités du contexte colonial.

Sources et bibliographie

Sources d'archives

Abidjan, Archives Nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 2HH43, 1924.
Abidjan, Archives Nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 1EE123, 1911-1913.
Abidjan, Archives Nationales de Côte d'Ivoire A.N.C.I, 2HH110, 1910.
Abidjan, Archives Nationales de Côte d'Ivoire A.N.C.I, 2HH168, 1903.
Abidjan, Archives Nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 2HH21,1925.
Abidjan, Archives Nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 2HH47, 1914.
Dakar, Archives nationales du Sénégal (A.N.S), 2G10-38, 1910.
Dakar, Archives nationales du Sénégal (A.N.S), 2G5-17, 1905.
Dakar, Archives nationales du Sénégal (A.N.S), 2G55-17,1905.

Dakar, Archives nationales du Sénégal (A.N.S), 1910.

Référence bibliographique

AUJOULAT Louis Paul, 1969. *Santé et développement en Afrique*, Paris, Armand Colin 285p.

DOMERGUE-CLOAREC Danielle, 1986. *Politique française et réalité coloniale : la santé en Côte d'Ivoire 1905-1958*, Thèse d'Etat en Histoire, Paris, Université de Toulouse-le Mirail, tome1, 585p.

LOUCOU Jean Noel, 201. *la Côte d'Ivoire coloniale, 1893-1960, Abidjan les éditions Félix Houphouët-Boigny, 365P*.

MIEZAN Essou Koffi Binjamin, 2021. *Histoire du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville ; de l'annexe de l'hôpital du plateau au centre hospitalier universitaire (1938-2001),* Thèse de doctorat en Histoire, Université Felix Houphouët-Boigny, 430p.

N'GUESSAN Rokia Boubacard, 2022. *L'hygiène dans les trois capitales de la Côte d'Ivoire coloniale 1899-1954,* Thèse de doctorat en Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny, 347p.

SARRAUT Albert, 1923. La *mise en valeur des colonies françaises*, Payot et Paris, 280p.

SEKA Jean Baptiste, 2021. « Environnement, cadre socio-économique et phobies des Européens en Côte, d'Ivoire (1895-1930) », in *International Journal of Humanities and Social Science Invention (IJHSSI),* vol.10, 11p, pp 24-34

TOKPA Jacques, 1985. *Les ivoiriens et la médecine occidentale de 1925 à 1939*, mémoire de maitrise d'histoire, Université Félix Houphouet Boigny, 261p.

WONDJI Christophe, 1977. « La Fièvre jaune à Grand-Bassam *1899-1903 », in Revue française d'outre-mer*, N° 215, 35 p. pp 205-239.