L'Assistance Médicale Indigène (L'Ami) dans la Gestion des Maladies Endémo-épidémiques dans la Côte d'Ivoire Coloniale. 1905-1920

N'GUESSAN Rokia Boubacard épouse Anoh
Département d'Histoire,
Université Alassane Ouattara de Bouaké-Côte d'Ivoire,
rokiaboubacar@gmail.com

Résumé

Entre 1905 et 1920, l'Afrique Occidentale Française en général et notamment la colonie de Côte d'Ivoire furent émaillées d'épidémies récurrentes qui menaçaient non seulement les populations locales, mais aussi l'assise économique et le personnel de l'administration coloniale. Face à la recrudescence des flambées endémo-épidémiques (variole, fièvre jaune, trypanosomiase etc..), La question de la protection de la santé publique en AOF s'imposait impérativement. Ce fut dans cette optique que l'administration coloniale organisa dès le début du XXe siècle, une assistance médicale. Institué en 1905, ce dispositif organisait des tournées sanitaires, des campagnes de vaccination et des mesures d'isolement. Dans cette atmosphère morbide, comment l'Assistance Médicale Indigène a-t-elle été utilisée comme instrument de lutte contre les pathologies endémo-épidémiques ? Notre étude vise à évaluer les stratégies prophylactiques mises en place pour endiguer les féaux ravageurs de l'époque coloniale et analyser l'impact de cette structure sur la colonie. Fondée sur les textes conservés aux Archives Nationales de Côte d'Ivoire et du Sénégal et sur l'analyse des rapports médicaux, l'étude met en exergue que l'AMI a été à la fois un instrument contre les affections redoutées et également un appareil de contrôle. Son action obéit d'abord à la nécessité de préserver la main-d'œuvre locale, et la présence européenne. Elle demeurait néanmoins entravée par l'exiguïté du personnel et des crédits, par l'inégalité de la couverture du territoire.

***Mots–Clés** : Afrique Subsaharienne, santé publique, Pathologies, Assistance Médicale Indigène, Endémo-épidémique.*

Abstract

Sub-Saharan Africa experienced an era of major epidemics. Their impact on

the lives of Europeans led the colonial administration to consider improving the living conditions of both Europeans and the indigenous people employed as laborers in the colonial enterprise. The issue of protecting public health in French West Africa (AOF) was of the utmost importance. It was with this in mind that the colonial administration organized medical assistance beginning in the early 20th century. Following the decree of February 8, 1905 Enacted by Governor General Enert Roume, the Indigenous Medical Assistance (AMI) program was established. In this morbid atmosphere, how was the Indigenous Medical Assistance program used as a tool to combat endemic and epidemic diseases? Our study aims to evaluate the preventive strategies implemented to curb the devastating epidemics of the colonial era and to analyze the impact of this institution on the colony. Based on documents preserved in the National Archives of Côte d'Ivoire and Senegal and on an analysis of medical reports, the study highlights that the AMI served as a tool in the fight against major epidemics. Its actions were primarily driven by the need to preserve the labor force and the European presence. Nevertheless, its efforts were hampered by a shortage of personnel and funding, as well as by uneven coverage across the territory.
***Key words**: Sub-Saharan Africa, public health, Pathologies, Indigenous Medical Assistance, Endemic-epidemic*

Introduction

Située entre le 4°30 et le 10°30 de latitude nord et appartenant au climat chaud à la lisière entre le climat équatorial humide et le climat tropical sec, la colonie de la Côte d'Ivoire à partir de 1905 entrait dans une phase d'organisation administrative et sanitaire. Alors que la pacification s'achevait et que l'économie de traite et de plantation se mettaient en place, les autorités coloniales furent confrontées à des maladies endémo-épidémiques (paludisme, fièvre jaune, trypanosomiase, lèpre, pian etc…). Celles-ci, menaçaient et décimaient les populations locales ainsi que la présence européenne et la mise en valeur du territoire. Sur 50 européens présents sur les comptoirs d'Assinie, de Grand-Bassam et de Dabou, la fièvre jaune fit 32 victimes (C. Domergue, 1905-1958, p.95).

La propagation de ces affections fut tantôt attribuée à la rudesse du climat, tantôt à l'insalubrité des centres villes. Ainsi, les colonisateurs préoccupés par leur propre état de santé et celui de la main d'œuvre, ont ressenti le besoin d'intervenir. Les autorités coloniales initièrent un certain nombre de programmes et d'organisations (création des comités d'hygiène et de salubrité publique au Sénégal) pour venir à bout de ces épidémies. La nécessité d'étendre toutes ces mesures dans l'ensemble de l'AOF pris forme en 1904 (C. N'Golo, 1982, pp183-195). La mise en place d'une assistance médicale indigène AMI, répondait à cette préoccupation. Ces mesures furent instaurées dans la colonie de Côte d'Ivoire en 1905. C'est dans ce contexte que s'inscrit la création de l'AMI, structure présentée par l'administration comme l'expression de la mission civilisatrice de la France en AOF.

L'année 1920 marque la fin de la conquête et le début de l'installation de l'administration coloniale. La période 1905-1920 consacrait la mise en place des structures et méthodes qui orienteront la politique sanitaire de la colonie de Côte d'Ivoire. Celles-ci privilégiaient une médecine de masse préventive et sociale au détriment d'une médecine curative et individuelle (J. N. Loucou, 2016, p156).

Cette étude qui s'inscrit dans le champ de l'histoire de la médecine coloniale en Afrique occidentale française a abordé le sujet sous divers angles. Les travaux de Domergue (C. Domergue, 1986, p.190) ont mis en évidence le fossé entre la politique sanitaire envisagée par la métropole et les réalités auxquelles la colonie de Côte d'Ivoire était confrontée (manque de moyens, de personnels et d'infrastructures). Nous prolongeons cette perspective en mobilisant l'analyse de la médecine comme instrument de domination, développés par ces auteurs. Jean Paul Bado (J.P. Bado, 1996, p.9) a montré, au

niveau de l'Afrique occidentale, que les priorités sanitaires du pouvoir colonial répondaient d'abord à des impératifs économiques et à une stratégie de domination. Lachenal quant à lui (G. Lachenal, 2014, p.122) démontre que l'action sanitaire colonial relève aussi de l'improvisation et de l'impuissance des colonisés. Nous nuançons avec les Travaux de Dozon (J.P. Dozon, 1985, p.27) sur les épidémies et la science pastorienne. Ces écrits éclairent sur les logiques scientifiques et politiques de l'endiguement des maladies. Ces analyses permettent d'appréhender l'Assistance Médicale Indigène sous deux angles : un instrument thérapeutique visant à combattre les maladies endémo-épidémiques et un outil de domination des populations. Dès lors, une question se pose : dans quelle mesure l'AMI a-t-elle contribué à lutter contre les maladies endémo-épidémiques ? Ce travail vise à analyser les dispositifs d'implantation, l'efficacité et les limites de cette structure de santé publique dans la colonie de Côte d'Ivoire.

Pour réaliser ce travail, plusieurs sources ont été collectées aux Archives Nationales de Côte d'Ivoires (ANCI) et aux Archives Nationales du Sénégal (ANS). Elles sont constituées, de correspondances entre les gouverneurs, les commandants de cercles auxquels s'ajoutent des décrets, des arrêtés, des circulaires et des rapports des services de santé. Ceux-ci nous renseignent sur l'état sanitaire de la colonie, les risques épidémiques et les mesures préventives de lutte contre les pathologies ravageuses. Ces sources ont été complétées par les écrits de certains auteurs relatifs aux questions sanitaires et aussi par le témoignage de quelques autochtones qui selon eux ces pathologies étaient le plus souvent due à une sanction infligée à la suite d'infraction aux interdits religieux[1] ou seraient importées.

[1] Adjoua Eponon, féticheuse, entretien du 10 /08/2018, à Aniassué (Côte d'Ivoire) de 10h10 à 11h30.

Le dépouillement de cette documentation nous a permis de scinder notre réflexion en trois axes. Le premier axe présente l'état sanitaire de la colonie de Côte d'Ivoire. Le second volet met en évidence la création de l'Assistance Médicale Indigène et enfin le troisième axe analyse les répercussions des actions de l'AMI dans sa lutte contre les affections.

1. L'état sanitaire de la population coloniale de la Côte d'Ivoire

La population Ivoirienne de l'époque vivait sous la pression des maladies endémiques (paludisme, trypanosomiase, lèpre etc…) et de flambées épidémiques (variole, fièvre jaune).

1.1. Présentation des maladies endémo-épidémiques

La classification des maladies auxquelles étaient confrontées la population laisse entrevoir deux grands groupes ; d'une part les maladies pestilentielles et d'autre part les maladies endémo-épidémiques objet de notre réflexion.

Les maladies endémo-épidémiques sont avant tout les maladies endémiques qui se localisent dans une zone donnée. Celles-ci prenaient parfois l'allure d'épidémie d'où l'appellation d'endémo-épidémiques. Nous pouvons citer entre autres le paludisme, la trypanosomiase, le pian, la dysenterie, la pneumonie, la méningite (L.P. Aujoulat, 1969, p.62) etc...

1.1.1. Le paludisme et la trypanosomiase

Le paludisme ou fièvre des marais était l'une des pathologies les plus fréquentes des climats chauds et humides. Il était très répandu en AOF et pouvait prendre des formes très graves. L'agent pathogène du paludisme est le plasmodium falciparum. C'est un parasite qui a un cycle complexe dont une partie se déroule chez l'homme et l'autre chez le moustique (J. Mouchet,

P. Carnevale, 1988, p.34). La biologie des anophèles se caractérise par une phase aquatique (œufs, larves, nymphes) et une phase aérienne (adultes mâles et femelles). Leur développement exige donc la présence d'eau. Le paludisme était plus fréquent dans la zone côtière et forestière. Ainsi, dans le courant de l'année 1905, l'on enregistra 95 entrées[2] à l'hôpital pour accès palustre, entraina 44 rapatriements et 6 décès. A Bingerville où il existait un orphelinat de métis nés dans la colonie, l'on diagnostiqua 14 grosses rates sur 40 élèves provoquées par des accès palustres[3]. Il représentait la principale cause de morbidité et de mortalité dans la colonie. Le paludisme fut vraisemblablement fort répandu dans la colonie de la Côte d'Ivoire comme partout à l'instar de la trypanosomiase.

La trypanosomiase appelée encore maladie du sommeil était fréquente dans les cercles d'Abengourou, de Bondoukou, Daloa, Man, Séguéla[4]. Elle était présente aussi bien en zone forestière qu'en zone de savane et le long des cours d'eau. Cette pathologie fut signalée depuis l'époque préhistorique et battait son plein déjà à l'époque de la traite négrière où elle ravageait les populations africaines. En Côte d'Ivoire, elle fut découverte en 1909 par le Dr Bouët dans le V Baoulé (B.E Essey, 2021, p.106). C'est une infection parasitaire transmise à l'homme par la piqure d'une variété de mouche appelée glossine ou mouche tsé-tsé. Elle fut signalée par les médecins coloniaux dès le début de leurs activités[5]. Elle semblait constituer un obstacle à la mise en valeur des territoires occupés par les puissances européennes à cause de son caractère dévastateur. Elle a défrayé la chronique à l'époque coloniale tout comme la lèpre et le pian.

[2] ANS, 2G5-17, service de santé 1905.
[3] Ibidem
[4] ANS, 2G48-24, Côte d'Ivoire rapport annuel du service de santé 1948.
[5] ANS, 2G45-12, 1945 Côte d'Ivoire, rapport annuel du service de santé, Côte d'Ivoire 1945.

1.1.2. La lèpre et le pian

La lèpre faisait partie des endémo-épidémiques ; elle affectait les populations ivoiriennes. Elle sévissait au nord de la Côte d'Ivoire notamment dans les cercles de Bondoukou, Kong, Touba mais aussi à Lahou, Assinie à savoir, au sud de la colonie. La lèpre évolua jusqu'à s'étendre dans toute la colonie de la Côte d'Ivoire[6]. Provoquée par le bacille de Hansen, cette maladie originaire d'Extrême orient se serait répandue en Afrique par l'entremise des explorateurs, des commerçants et les colons[7].Son extension en terre ivoirienne était due à une forte croissance du commerce. Elle se manifeste en touchant les nerfs périphériques, la peau et les muqueuses en provoquant des infirmités sévères. Très redoutées par les populations autochtones car considérée comme contagieuse et incurable. Elle était d'autant plus redoutée que l'on créait dans la colonie des villages d'isolement. La lèpre se transmettait par contact direct ou par l'intermédiaire d'insectes telle que la mouche domestique. Elle était présentée comme une maladie essentiellement chronique dont la guérison fut extrêmement rare.

Le pian fut la maladie dominante avec 109.496 cas dont un seul européen[8]. Il était répandu sur tout le territoire de la colonie mais plus particulièrement en basse côte et en moyenne côte où les malades représentaient la grande majorité des consultants. L'on les rencontrait sous diverses formes et à toutes les périodes. Les commissions de recrutement éliminaient beaucoup de sujets rendus inaptes au service par des lésions voire les séquelles laissées par cette pathologie[9]. La liste des maladies endémo-épidémiques n'est pas exhaustive.

[6] ANS, 2G48-24, op-cit.
[7] ANS, 2G5-17, Côte d'Ivoire, rapport annuel du service de santé, 1905.
[8] ANS, 2G38-15, service de santé, rapports médicaux annuels 1938.
[9] Ibidem

Au total, plusieurs pathologies ont affecté le continent africain en général et singulièrement la colonie de Côte d'Ivoire. Selon leur virulence, elles étaient catégorisées par la population locale et selon les communautés. Les N'zima nommaient certaines maladies abobè[10] qui signifie un « coup chaos » pour traduire la virulence de ces pathologies. Chez les Agni de l'Indenié, il y'avait les maladies ordinaires peu contagieuses et guérissables (le pian, la trypanosomiase, le paludisme) etc… et les maladies redoutées jugées graves très contagieuses invalidantes mortelles (la variole, la lèpre). (B. E. Essey, 2021, p.208). Les Ivoiriens souffraient de pathologies endémiques ou épidémiques, dangereuses ou moins dangereuses. Mais quels étaient les moyens de lutte contre ces affections avant la création de l'AMI ?

1.2. Les remèdes utilisés par la population locale dans la lutte contre les affections.

Avant 1905 à savoir avant l'avènement de la médecine occidentale, la gestion de la maladie reposait sur les systèmes thérapeutiques locaux. Elle était confiée soit aux féticheurs, guérisseurs, devins. Ceux-ci utilisaient divers procédés pour lutter contre les affections. Les feuilles, les écorces, et les graines de certains arbres étaient utilisés pour traiter les infections cutanées, les fièvres et les troubles respiratoires tels que la toux et le rhum. Les extraits d'animaux étaient broyés et utilisés pour traiter les blessures. Ils étaient supposés aider à la cicatrisation en formant une barrière protectrice contre les infections.

Les rites et les incantations faisaient partie des procédés de lutte contre les maladies. En effet, la maladie était interprétée comme un châtiment divin, consécutif à diverses fautes ou à un sort jeté. Dans cette perspective, la guérison ici doit être à la fois spirituelle et corporelle. Par conséquent, les thérapeutes

[10] Gnoan M'BALA, premier conseiller du roi N'zema, entretien du 10 avril 2018, à Abidjan.

traditionnels accompagnaient l'administration des remèdes de formules incantatoires destinées à renforcer l'efficacité. Dans leur conception, les esprits et les forces surnaturelles pouvaient intervenir dans la guérison des malades. Les sacrifices d'animaux étaient également pratiqués dans certains cas. Ils étaient considérés comme un moyen de propitiation des esprits ancestraux ou des dieux afin d'obtenir leur aide dans la guérison des malades. Ces informations obtenues par témoignages oraux, ne donnent pas lieu de vérifications chiffrées pour analyser et apprécier le taux d'efficacité et de guérison par le canal des pratiques traditionnelles. La guérison réside dans la confiance accordée aux guérisseurs. Malgré la hardiesse de cette médecine, elle comportait aussi des insuffisances.

1.3. Les limites des remèdes traditionnels

Efficace pour de nombreuses affections courantes, les remèdes locaux présentaient toutefois des limites faces aux grandes endémo-épidémies de la période coloniale. Variole, fièvre jaune, peste et trypanosomiase, étaient souvent introduites, amplifiées par les mouvements de la main-d'œuvre et des troupes. Les détenteurs des remèdes traditionnels ignoraient les règles applicables au dosage telles que le poids, l'âge du malade. La posologie était soumise à la loi du nombre à savoir trois pour les filles et quatre pour les hommes. Par conséquent, certains remèdes pouvaient être efficaces pour certaines maladies mais pas pour d'autres.

Les populations locales connaissaient l'usage des plantes dont certaines reconnues comme médicaments pouvaient être perçues comme dangereuses dans d'autres localités ce qui limitait l'usage des plantes comme remèdes. Les soins étaient le plus souvent dispensés dans des conditions rudimentaires faute d'infrastructure adéquates. Cela représentait un danger pour les malades au risque de contracter d'autres maladies. La médecine

traditionnelle était impuissante dans le domaine de la chirurgie, elle ne pouvait pas déterminer avec exactitude l'organe malade car elle était limitée dans la connaissance du corps humain. Dans la lutte contre les maladies, la médecine traditionnelle a mis en œuvre divers procédés préventifs et curatifs qui permettaient de garantir la santé. Cependant, l'extension et la récidive de certaines affections mettaient facilement à nu ses limites. Il convient de préciser que la population autochtone n'a pas attendu l'avènement de l'AMI pour lutter contre ces affections. Toutefois quelle a été l'apport de l'Assistance Médicale Indigène dans le combat contre ces pathologies ?

2. L'avènement de l'assistance médicale

L'AMI est le premier système de santé publique créé par l'administration française dans ses territoires d'outre-mer. Elle fut mise en œuvre afin d'assurer le développement sanitaire des populations de la colonie, ses missions furent variées.

2.1. Présentation de l'Assistance Médicale Indigène

La création de l'Assistance Médicale Indigène dans la colonie de Côte d'Ivoire est marquée par plusieurs facteurs sociaux et politiques. La colonisation a entrainé des mutations socio-économiques au sein de la société telles que l'accroissement démographique, le progrès de l'urbanisation, le développement des activités commerciales… Tous ces bouleversements ont aussi engendré la dégradation du cadre de vie. La survenue de certaines maladies était liée au développement des activités commerciales. L'apparition de la fièvre jaune fut attribuée à la vente de vêtement provenant de pays contaminé de la Cape Coast où une épidémie similaire régnait. (R. B. N'Guessan, 2022, p71). Ainsi les hommes en échangeant leur bien échangeaient également leurs maladies.

En outre, au début du XX^{ème} siècle des épidémies comme le paludisme, la variole, la maladie du sommeil représentaient des menaces majeures pour la population car, les pratiques médicales traditionnelles malgré leur efficacité n'arrivaient pas à dompter ni à éradiquer ces affections. Par conséquent, les endémies et épidémies continuaient leur expansion. En réponse aux crises sanitaires et préoccupée par leur santé et celle de la main d'œuvre, l'administration coloniale mis en place un service de santé organisé autour d'un médecin le plus souvent militaire. A côté de ce dispositif sanitaire réservé aux Européens, l'AMI est créé pour les populations autochtones. A cet effet, l'Assistance Médicale Indigène a été instituée afin de résoudre un certain nombre de difficultés sanitaires dans la colonie. L'administration organisa la protection sanitaire des populations autochtones dans le cadre de l'AMI. Ce service fut mis en place d'abord à Madagascar. Sous le sceau du gouverneur général Galliéni, conseillé par un jeune médecin colonial Alexandre Lasnet, il signa le décret le 20 avril 1899 qui marqua la création de l'Assistance Médicale Indigène. Elle fut étendue progressivement aux autres colonies d'Afrique. L'AMI venait compléter la volonté du gouverneur d'assurer le développement sanitaire de la colonie.

Elle était composée par les médecins des troupes hors grade et des médecins civils français recrutés par engagement individuel pour une durée de cinq ans. L'AMI devrait s'occuper des questions dont la Police sanitaire maritime et épidémiologie, l'Hygiène générale et prophylactique, l'Assistance Médicale Indigène et la Météorologie (A. Houemavo, 1979, p.19).

2.2. Missions et fonctionnement de l'AMI

A ses débuts, l'AMI n'était qu'une institution militaire. En effet, les médecins qui accompagnaient les troupes prodiguaient des soins aux populations des régions traversées. Ces médecins

militaires accomplissaient ses tâches pour des motifs personnels, humanitaires etc...

Outre cela, il arrivait que ces derniers soient parfois débordés. Ainsi ils réclamaient à l'autorité supérieure la création d'un service de santé civile. Elle fut créée pour organiser un service général pour les Africains. L'AMI avait pour objet les soins aux indigènes, la protection de la santé publique, la médecine sociale et la prophylaxie des maladies contagieuses et épidémiques. Elle permettait, de ce fait, d'étendre la vaccination, de combattre la mortalité, et de propager les notions d'hygiène. Le service de l'AMI reposait sur des postes médicaux composés chacun d'un dispensaire avec une salle de visite et de pansement, un magasin et une pharmacie.

Les médecins avaient pour missions d'assurer gratuitement le traitement des malades, de pratiquer la vaccine, de vulgariser les notions d'hygiènes dans la perspective de lutte contre le taux élevé de mortalité chez les indigènes (A. Houemavo, 1979, p13). Les fonctionnaires, les agents et leur famille bénéficiaient de la gratuité des soins. Seuls l'achat des médicaments et les objets de pansements leur incombaient. Les autochtones qui allaient en consultation à l'assistance bénéficiaient également de la gratuité des soins car ils étaient considérés comme indigents. Les européens jouissaient des mêmes prérogatives exceptés les employés de société. Par ailleurs, pour une hospitalisation, les autochtones devaient passer à la résidence de l'administrateur chercher des certificats d'indigence avant de bénéficier de la gratuité des soins (B.E. Essey, 2021, p108).

En réalité l'AMI répondait à plusieurs enjeux stratégiques. D'abord, un enjeu démographique et économique. Il s'agissait d'enrayer la forte mortalité due aux affections endémo-épidémiques afin d'assurer et de préserver la main-d'œuvre nécessaire à l'économie coloniale. Ensuite, un enjeu

politique et civilisateur : utiliser la médecine comme un outil de soumission et d'adhésion au système colonial. Enfin un enjeu sanitaire total : protéger la santé des Européens installés dans les colonies en créant des barrières sanitaires et en contrôlant les foyers épidémiques environnants (A. Houemavo, 1979 p.13). Composé à ses premières instances de personnel européens en nombre insuffisant, l'administration coloniale jugea bon de recruter des agents parmi la population autochtone.

2.3. Le personnel de l'AMI

Le service de l'AMI était assuré par des médecins civils nommés par le gouverneur général après avis de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux. Le service était également assuré par les médecins des troupes coloniales. Le médecin de l'AMI avait la responsabilité du service sous l'autorité technique du chef du service de santé et le contrôle administratif du commandant de cercle.

L'Assistance Médicale Indigène relevait à ses débuts de l'inspection des services sanitaires civils. L'inspecteur de l'AMI était placé sous la haute autorité du lieutenant-gouverneur et l'autorité immédiate du chef du service de santé ; pour ce qui concerne la partie technique, la direction, la surveillance et le contrôle des formations sanitaires à l'exception des hôpitaux et des ambulances qui, relevaient directement de l'autorité du chef de santé, le médecin inspecteur de l'AMI relevait de l'autorité territoriale pour tout ce qui concerne le fonctionnement administratif et financier. Il note le personnel européen et auxiliaire attaché à sa circonscription. IL était également tenu d'effectuer des tournées régulières dont il rendait compte, en se prononçant sur l'état sanitaire des populations et des localités visitées.

Le personnel subalterne de l'assistance médicale indigène était composé de Médecins auxiliaires, de sages-femmes auxiliaires, d'infirmiers et d'infirmières visiteuses et de matrones indigènes reconnues après stage.

Au demeurant, le médecin avait sous ses ordres et sa surveillance les aides médecins et les infirmiers indigènes. Le médecin avait également pour mission d'assurer le perfectionnement de leur instruction et pouvait après entente avec l'administration, confier aux aides médecins certaines missions telles que les tournées de vaccinations, l'exécution des mesures prophylactiques, les soins aux indigènes d'une localité où régnait une épidémie. Dans les localités dépourvues de médecins ou d'infirmiers européens, le service était assuré par les infirmiers indigènes. Cependant, les médecins s'y rendaient périodiquement pour s'assurer de la bonne marche de leur mission.

Dans cette œuvre sociale, les agents de l'administration voire toutes les couches sociales intervenaient. En effet, dans les cercles qui ne possédaient pas de médecins, le premier personnel de santé était le commandant de cercle. Ce dernier s'assurait de l'exécution des mesures du service de santé de la colonie. Il effectuait des tournées dans les villages du cercle, accompagné de médecin ou d'infirmier et de garde cercle. Les chefs de village et de famille intervenaient souvent pour sensibiliser les populations sur les bienfaits de la médecine européenne et surtout mobiliser les individus à se faire vacciner.

Par ailleurs, le corps des aides-médecins et élèves-médecins indigènes prévu par l'arrêté de M. le gouverneur général du 7 janvier 1906 n'existait pas en Côte d'Ivoire. Pour répondre à cet appel, la colonie s'est dotée de trois élèves

originaires du Sénégal. Ils furent installés à Bouaké, Korogho et Bondoukou.

En outre, la mise en œuvre de l'AMI sur le terrain reposait largement sur la création d'un corps d'auxiliaires médicaux africains. En effet, face au nombre réduit de médecins européens, l'administration coloniale recrutait et formait localement des infirmiers, des gardes sanitaires et des vaccinateurs. Ces acteurs intermédiaires pratiquaient des actes préventifs de base, les vaccinations antivarioliques et le repérage des malades lors des tournées. Ils prodiguaient des consignes hygiénistes et négociaient l'acceptation des soins auprès des familles[11]. Les populations ne voyaient pas ces agents comme des soignants neutres, mais plutôt comme des intermédiaires par lesquels l'administration coloniale prélevait les impôts et imposait ses ordres. D'où la méfiance et parfois la fuite face à la vaccination. Cependant, malgré leur rôle indispensable dans l'exécution des prophylaxies, ces auxiliaires demeuraient au bas de la hiérarchie coloniale et disposaient de moyens matériels très limités jusqu'à la réorganisation de la formation médicale à l'école de Médecine de Dakar en 1918[12].

3. L'influence de l'Assistance Médicale Indigène dans la lutte contre les pathologies

Considérée comme un simple élément de l'inspection des services de santé, l'AMI se développa pour répondre aux exigences qu'imposa l'évolution des problèmes de santé en AOF en général et en particulier dans la colonie de Côte d'Ivoire.

[11] A.N.S, 2G4-15, assistance médicale indigène, 1904
[12] Ibidem

3.1. Les actions et résultats de l'Assistance Médicale Indigène

Entre 1905 et 1914, les actions de l'Assistance Médicale Indigène en Côte d'Ivoire s'articulaient autour de la lutte contre deux fléaux majeurs : la propagation des épidémies et les endémies dévastatrices[13] pour la main d'œuvre.

La variole maladie épidémique la plus redoutée dans les villages a fait l'objet d'une attention prioritaire ; La prophylaxie reposait sur la vaccination systématique. L'acte vaccinal fut fréquemment exécuté sous la supervision des gardes de cercles assimilant le geste médical à une corvée. La trypanosomiase (maladie du sommeil) représentait une menace pour l'exploitation coloniale. Par conséquent, l'AMI mit en place une campagne de dépistage (palpation ganglionnaire) suivi de l'isolement des malades. Quant à la fièvre jaune et le paludisme ils menaçaient certes l'ensemble de la population, mais étaient particulièrement mortels pour le personnel colonial européen. Ces affections motivaient les premières mesures d'assainissement urbain (démoustication, drainage des eaux stagnantes) et la distribution contrôlée de quinine.[14]

Outre cela, les médecins effectuaient des tournées médicales. Ce fut le cas de ce personnel de l'AMI qui profita du déplacement de l'administrateur commandant de cercle, pour effectuer une tournée de 15 jours en pays Dida. Notons qu'au début des actions de l'AMI, la population autochtone en générale et notamment les Dida manifestaient une méfiance envers ces nouvelles pratiques (les consultations, les séances de vaccinations, les nouvelles pratiques d'hygiène). Elles les percevaient comme invasives, étrangères à leur méthode

[13] ANS, 2G13-26, rapport annuel du service de santé de Côte d'Ivoire 1913.
[14] Ibidem.

traditionnelle de soin. La médecine occidentale à la base est opposée à la médecine traditionnelle. En effet, la médecine moderne est fondée sur un esprit scientifique, sur des connaissances anatomiques alors que la médecine traditionnelle est plus basée sur le spirituel. Toutefois, ces différentes appréhensions de la population locale n'empêchaient pas les médecins de l'Assistance Médicale Indigène d'effectuer les tournées lorsque l'occasion se présentait. Ainsi, l'itinéraire de ce médecin de l'AMI fut le suivant :

Le 5 septembre de Gdebori à Bariba, le 22 août, départ de Lahou pour Yoroboué, le 23 août de Yoroubé à Kouta, le 24 août de Kouta à Tableguikou, le 25 août de Tableguikou à Divo chef-lieu de circonscription, le 26 août séjour à Divo, le 27 août de Divo à Groblakoko , le 28 août de Groblakoko à Lakota chef-lieu de circonscription , le 29 août séjour à Lakota , le 30 août de Lakota à Dagolilié , le 31 août de Dagolilié à Niabezaria, le 1er septembre, de Niabezaria à Lobogrou, le 2 septembre de Lobogrou à Yoberi, ancien poste de l'occupation militaire, le 3 septembre de Yoberi à Panda, le 4 septembre de Panda à Gadebori, le 6 septembre de Bariba à Tioko, le 7septembre retour à Lahou[15].

Au cours de cette tournée, dans ces différentes localités traversées, Le médecin prodiguait des conseils, donnait des renseignements sur les causes de la mortalité infantile aux populations. Il profita également pour vacciner la population contre la variole dispensait des soins à ceux qui manifestaient le désir. Pour freiner la circulation des épidémies, l'administration imposait des contrôles stricts aux déplacements. La délivrance de laissez-passer sanitaire conditionnait la libre circulation des marchands et des travailleurs. Lors des poussés épidémiques,

[15]ANCI, 2HH22, tournée de et vaccine et d'assistance dans le pays dida, 1916.

des villages pouvaient être placés sous quarantaine ou évacués. Les villages d'isolement sanitaire ont été créés pour interner les malades atteints de lèpre et de trypanosomiase.

Soulignons que, les populations locales avaient des pratiques traditionnelles pour gérer leur santé et aussi l'hygiène. Les habitants de chaque concession, balayait sa demeure. Chaque famille devrait s'approprier les notions de la propreté. Des endroits bien précis étaient réservés pour accueillir les déchets issus des ménages.

Les villages surtout la communauté Dida possédait des dépotoirs où les habitants déversaient les ordures. Chaque famille en possédait. Ces dépotoirs, lieux de réceptacles des ordures représentaient aussi un véritable danger pour la population. En effet, ceux-ci, étaient également le lieu où les enfants allaient faire leurs besoins. Les animaux domestiques passaient presque tout le temps à fouiller ces ordures en les éparpillant. Ainsi, à la moindre pluie, ces ordures étaient transportées dans les rues du village avec leur cortège de mouches, de moustiques et d'odeur méphitique source de maladies. Le pays dida à l'instar de presque toutes les localités de la colonie de Côte d'Ivoire, était confronté au problème de l'insalubrité. Les habitants vivaient au fond de la forêt dense et l'insuffisance du déboisement autour des villages ne permettait pas une ventilation capable d'assurer une bonne modification de l'atmosphère chaude et humide de la région. Ensuite les cases étaient mal construites. Elles étaient poussiéreuses et très petites. À l'intérieur régnait le désordre. Dans la cour, les objets gisaient pèle-mêles, des enfants jouant avec les animaux domestiques sans insouciance. Notons que les autochtones vivaient dans un environnement immédiat salubre. Toutefois, les alentours des concessions semblaient négligés.

Par ailleurs, Les efforts de l'AMI et de l'autorité administrative ont aussi porté en matière d'hygiène. L'hygiène constitua l'un des maillons importants de la lutte contre les maladies endémo-épidémiques. Il était important de promouvoir des actions préventives vis-à-vis de l'environnement afin de rompre avec les sources nécessaires à la survie et à la reproduction des glossines responsables de la trypanosomiase, des anophèles responsables du paludisme. L'hygiène fut d'abord instituée dans les grandes villes. Les comités d'hygiène et de salubrité instaurés dans les villes ont joué un rôle catalyseur dans la lutte contre les épidémies

Avec les programmes de nettoiement des alentours des agglomérations, de l'assainissement, l'on assista plus tard à des espaces propres, des constructions très spacieuses, des maisons bien aérées donnant fière allure aux agglomérations. Le médecin Bourguignon de l'Assistance Médicale Indigène, assurait ce service également à Bondoukou avec dévouement[16] en administrant des soins aux autochtones et les Djiminis de Bondoukou qui désormais venaient seuls à la visite.

Tableau 1 : Consultants et consultations

POSTES MÉDICAUX	CONSULTANTS	CONSULTATIONS
Abidjan	2 066	6 357
Aboisso	5 977	15 744
Bassam	3 123	12 925
Bingerville	1 593	8 622
Bondoukou	1 072	8 362
Bouaké	3 147	19 668
Korogho	976	8 475
Lahou	2 091	14 244
Soubré	478	1 622
Tabou	944	5 510

[16] ANS, 2G25-27, Rapport sur le fonctionnement des services de santé, d'hygiène et d'assistance.

Toumodi	1 436	5 359
Daloa	518	4 243
Touba	545	3 461
Séguéla	61	240
Totaux	22.025	114.812

***SOURCE** : ANS 2HH2, tournée de vaccine et d'assistance dans le pays Dida, 1916.*

Tableau 2 : Consultants et consultations en 1907, 1908, 1909 (BASSAM)

ANNÉE	CONSULTANTS	CONSULTATIONS
1907	7 871	40 229
1908	15 235	74 284
1909	22 026	114 812

***SOURCE** : ANS 2HH2, op.cit.*

L'analyse du tableau 1 met en évidence un nombre élevé de consultations dans les villes d'Aboisso, Bassam, Bouaké Lahou. En effet, dans ces villes il a été construit des groupes d'assistance édifiés à l'européenne et pouvant servir à l'hospitalisation aussi bien des européens que des indigènes. Outre cela, avec les tournées, les conseils reçus, certains autochtones aimaient désormais recevoir les soins. Ils s'étaient débarrassés de la phobie de l'homme blanc et sa médecine pour venir maintenant lui réclamer des consultations. Ce revirement de comportement n'est pas à négliger quant à l'accroissement du taux de consultants et de consultations dans certaines localités de la colonie.

Les taux élevés de consultants et de consultations en 1909 au tableau 2 s'explique aussi par le fait qu'en 1909, des crédits ont été alloués pour construire des postes médicaux dans certaines localités importantes. Dans cette allocation des crédits

attribués au service de santé et l'Assistance Médicale Indigène, une somme fut spécialement mise à la disposition de la pharmacie principale pour approvisionner en médicaments, objets de pansement, désinfectants et instruments de chirurgie les centres et construire des groupes d'assistance dans les postes importants de la colonie.

Tableau 3 : Crédit alloué pour l'achat des médicaments, objets de pansement, désinfectant, et instrument de chirurgie

ANNÉE	GOÛT
1906	13.200 ,00
1907	23.000,00
1908	33.000,00
1909	46.000,00
1910	53.000,00
1911	48.000,00

***SOURCES** : ANS, 2G11-21, Côte d'Ivoire, service sanitaire, rapport d'ensemble, 1911*

Avec cet approvisionnement, comme l'indique le tableau 3, les chefs de postes étaient tenus de prodiguer les soins aux indigènes en leur distribuant des médicaments et objets de pansement.

En 1905, 17654 vaccinations furent pratiquées aboutissant à 5469 succès soit 31%. En 1907, toutes les circonscriptions furent parcourues bénéficiant des séances de vaccination. Excepté le Cavally et le cercle de l'Indenié où il n'y avait pas de médecins et surtout éloignés des postes médicaux existants.

Contre la variole, une campagne antivariolique des plus actives a été entreprise en 1911 par l'AMI dans les cercles de Korhogo, (70 106 vaccinations), cercle du baoulé, (26 700 vaccinations), cercles des lagunes (10 871 vaccinations) il a été pratiqué en tout 107 623 vaccinations[17] mettant ainsi la colonie à l'abri d'une éventuelle épidémie.

A cet effet, Le service de l'Assistance Médicale Indigène a fonctionné avec l'apport des médecins militaires et civils, les administrateurs, chefs de poste. Tous ont participé dans une certaine mesure à cette œuvre sanitaire. Malgré cet engouement, il arrivait que leurs œuvres soient confrontés à quelques difficultés.

3.2 Les limites de l'AMI

Si l'AMI fut conçue comme un outil de lutte contre les affections endémo-épidémiques (au cours de l'année 1913, 241.632[18] vaccinations contre la variole furent pratiquées), ses résultats dans la colonie de Côte d'Ivoire entre 1905 et 1920 restèrent limités. Plusieurs contraintes d'ordre matériel, géographique, politique et social réduisirent sa performance.

L'Assistance Médicale Indigène, était confrontée à une pénurie de personnel médical et matériel ; L'AMI reposait sur un personnel médical peu nombreux eu égard à l'étendu de la colonie. L'encadrement reposait quasi exclusivement sur des médecins militaires du corps de santé en nombre limité. Les infirmiers et vaccinateurs, formés sur le tas, assuraient l'essentiel du travail, avant l'ouverture de l'école de médecine de Dakar en 1918. En matière de finance, la colonie était soumise à la loi de finance du 13 avril 1900 et à la règle de l'autonomie (B.E. Essey, 2021p.117). Dès lors, les frais de santé étaient à la charge de la colonie. Le service de L'AMI reposait

[17] ANS, 2G11-21, Côte D'Ivoire service sanitaire rapport d'ensemble 1911.
[18] ANCI, 2HH22, Op-cit.

sur des postes médicaux composés chacun de dispensaire avec salle de pansement et de visite. Les moyens dont disposait l'Assistance Médicale Indigène était réduit pour travailler avec efficience dans un environnement jugé chaotique au plan sanitaire. Le personnel au début était en nombre insuffisant : trois en 1906, six en 1912 pour toute la colonie de Côte d'Ivoire. De ce fait, il était impossible de visiter tous les postes surtout ceux éloignés de la capitale. Il avait été décidé un médecin par poste mais il fut difficile d'honorer cet engagement étant donné le nombre réduit de médecins. Les postes étaient également dépourvus de médicaments de première nécessité. Il convient de souligner que jusqu'à 1920, les médecins de l'AMI n'avaient pas une connaissance très avancée des maladies endémiques et épidémiques qui sévissaient dans la colonie. Cette situation rendait difficile la lutte contre ces pathologies. À ces insuffisances de moyens, s'ajoutait l'inégale répartition spatiale.

La pénurie des ressources se traduisait également au plan spatial. En effet, l'AMI ne couvrait pas uniformément la colonie de Côte d'Ivoire. Les formations sanitaires se concentraient sur la côte et les centres administratifs (Grand-Bassam, Bingerville, Abidjan) les zones d'exploitation coloniale (plantations, chantiers). L'arrière-pays et le nord étaient délaissés. En outre, Le mauvais état des sentiers en saisons pluvieuses, lors des tournées ralentissait le travail des médecins. Les routes mal frayées ne leur permettaient pas d'arriver à l'heure pour faire des séances de vaccine et d'assistance. Ils se contentaient de vacciner les indigènes qui étaient présents. Avec le faible nombre d'indigène vacciné, les résultats n'étaient toujours pas brillants d'où la réapparition des épidémies de variole. Dans le Dida, 1834 vaccinations ont été pratiquées[19]. Aussi, la conservation du vaccin posait-elle problème. La mauvaise conservation du vaccin due aux longues distances et aussi à la

[19] Ibidem

chaleur faisait monter la température de celui-ci et le rendait moins efficace. Au-delà des contraintes matérielles et géographiques, venaient s'ajouter les priorités de l'ordre colonial.

Les soins profitaient d'abord aux Européens, aux troupes et à la main-d'œuvre indispensable à l'exploitation des plantations et des grands sentiers. De surcroît, la première guerre mondiale (1914-1918), a perturbé le fonctionnement de l'Assistance Médicale Indigène. En effet, le conflit européen a entrainé le rappel en Europe des médecins coloniaux, aggravant la pénurie du personnel et paralysant ainsi le fonctionnement déjà précaire de l'AMI jusqu'au début des années 1920.

En outre, les tournées d'assistance et de vaccinations effectuées par les médecins, souvent ne donnèrent pas les résultats escomptés. L'ignorance et la méfiance de l'indigène trop attachés aux principes empiriques de ses marabouts ou de ses féticheurs en étaient les principales causes. En effet, les autochtones le plus souvent préféraient avoir recours aux marabouts ou aux féticheurs plutôt que de se laisser consulter par les médecins de l'Assistance Médicale Indigène. L'obligation de se faire vacciner (contre la variole) ou de respecter les mesures d'isolement étaient le plus souvent accompagnées de punitions corporelles ou de contraintes policières. En réponse, les populations locales pratiquaient la fuite ou la dissimulaient des malades. Toutefois ce fait regrettable obligeait les commandants de cercles et les médecins à ne pas fixer d'avance, d'un commun accord, la date et l'itinéraire des tournées[20].

Le groupe médical de Bondoukou n'était pas classé comme infirmerie ambulance et ne pouvait hospitaliser les indigènes alors que les caravaniers de passage à Bondoukou

[20] Ibidem

tombaient malades. Il était donc nécessaire de les hospitaliser Ainsi le zèle du médecin de l'AMI de Bondoukou se heurtait d'une part à l'entêtement des musulmans et d'autre part à l'insuffisance des locaux pour hospitaliser les malades[21].

Bien que l'AMI ait posé les bases des premiers réseaux de santé publique en AOF et aussi, malgré son ambition humanitaire, elle demeura limitée par l'insuffisance des moyens, l'inégale répartition spatiale, les priorités coloniales, la défiance et la méfiance des populations.

Conclusion

Au terme de notre étude, retenons que la Côte d'Ivoire, érigée en colonie en 1893, fut confrontée à des problèmes sanitaires. Les maladies endémo-épidémiques (fièvre jaune, paludisme, trypanosomiase, lèpre, pian. etc.…) menaçaient la santé des populations et la rentabilité de l'entreprise coloniale. Face à ces pathologies, la population locale mobilisa des remèdes traditionnels issus d'une connaissance thérapeutique axée sur les plantes, l'intervention des féticheurs, guérisseurs. Ces remèdes comportaient cependant des limites principalement face aux épidémies de grande envergure. Ce fut dans ce contexte que naquit l'Assistance Médicale Indigène.

Instituée en 1905 pour les populations autochtones, son champ d'action était t vaste : soins gratuits pour les indigènes, hygiène urbaine et rurale, vaccination. Son fonctionnement était fondé sur un service de santé centralisé. L'AMI s'appuyait sur un personnel composé de médecins européens, souvent militaire, d'auxiliaire africains formés sur place qui assuraient la majorité du travail de terrain. Son influence dans la lutte contre les affections s'est exercée par la vaccination, la prophylaxie.

[21] ANS, 2G5-17, Côte d'Ivoire, rapport annuel du service de santé, 1905.

Ses actions ont contribué à contenir certaines pathologies en l'occurrence la variole. Ces résultats demeuraient toutefois inégaux. L'insuffisance des moyens matériels et humains, la couverture inégale du territoire, l'influence de la première guerre mondiale ainsi que la méfiance des populations locales ont limités la portée de l'Assistance Médicale Indigène.

Notre étude au regard de l'exploitation des sources et des ouvrages a montré que l'AMI a été un instrument réel de lutte contre les grandes pathologies. Elle a progressivement remplacé les systèmes thérapeutiques locaux par un dispositif organisé : dispensaire, vaccination et surveillance des populations. Basée sur la prophylaxie (vaccination, prospection, hygiène etc.), son action répondait d'abord à des préoccupations de préservation de la main d'œuvre, de protection des européens, et de contrôle des populations. Au total, l'action humanitaire colonial a été subordonné aux intérêts politiques et économiques de la colonie. Au-delà de l'histoire des structures sanitaires coloniales, notre travail apporte un éclairage sur les origines structurelles des inégalités territoriales d'accès aux soins qui prévalent dans le contexte post colonial.

Références bibliographies

1. Sources

Sources orales

Lieu date et heure de l'entretien	**Présentation des informateurs**	**Statut des informateurs**	**Thèmes abordés**
Aniassué (Côte d'Ivoire), le 10 août 2018 à 10H	EPONON Adjoua	Féticheuse	Le comportement de la population face à l'apparition des maladies et des campagnes de vaccination, les remèdes utilisés dans le traitement des maladies

Abidjan, le 10 avril 2018 à 15H	GNOAN M'Bala	Premier conseiller du roi N'Zema	L'origine des maladies, l'organisation du service d'hygiène

Sources d'archives

Abidjan, Archives nationales de Côte d'Ivoire (N.C.I), 2HH22, 1916.
Dakar, Archives Nationales du Sénégal (A.N.S), 2G25-27, 1925.
Dakar, Archives Nationales du Sénégal (A.N.S), 2G38-15, 1938.
Dakar, Archives Nationales du Sénégal (A.N.S), 2G4-15, 1904.
Dakar, Archives Nationales du Sénégal (A.N.S), 2G45-12,1945.
Dakar, Archives Nationales du Sénégal (A.N.S), 2G48-24, 1948.
Dakar, Archives Nationales du Sénégal (A.N.S), 2G5-17, 1905.

Bibliographique

AUJOULAT Louis Paul, (1969), *Santé et développement en Afrique*, Paris, Armand Colin, 285p.
BADO Jean-Paul, (1996), *médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900, 1960 : lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*, Paris, Karthala, 432 p.
DOMERGUE-CLOAREC Danielle, (1905-1958), *politique coloniale Française et réalités coloniales : la santé en Côte d'Ivoire*, Toulouse, association des publications de l'université de Toulouse- le Mirail, 1319p.
DOZON Jean Pierre, 1985, « *Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil* », in *Revue d'Anthropologie Société et Santé* N°3-4, 56pp 46-47.
ESSE ESSEY Bozou Ella, (2021), *Cadres de vie, maladies et politiques sanitaires dans l'Indenié : (1905-1953)*, Thèse de doctorat en Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny, 412p.

HOUEMAVO Aimé, (1979), *les médecins africains en AOF : étude socio-historique sur la formation d'une élite coloniale*, mémoire de maîtrise d'histoire, Université de Dakar, 145 p.

LACHENAL Guillaume, (2014), *le médicament qui devait sauver l'Afrique un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, Edition la Découverte, 282P.

LO LOUCOU Jean Noël, (2012), *la Côte d'Ivoire coloniale, 1893-1960, Abidjan les éditions Félix Houphouët-Boigny, 365P*.

MOUCHET Jean et CARNEVALE Pierre, (1988), « le paludisme composant de l'environnement Africain », ORSTOM Actualités, pp 7-14.

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.

WONDJI Christophe, (1977), « *La Fièvre jaune à Grand-Bassam 1899-1903 », in Revue française d'outre-mer*, N° 215, 1977, pp 299-301.