



ISSN : 2958-5805 (E)
2958-5813 (P)



N° 6 / Jan - 2026

Cahier De La Recherche Africaine

Revue pluridisciplinaire : Lettres, Arts et Sciences Humaines



Les horizons de la recherche en Afrique : Continuum

**Revue indexée : Scientific Journal Impact Factor
(SJIF)**



CAHIER DE LA RECHERCHE AFRICAINE
Revue Pluridisciplinaire
Lettres, Arts et Sciences Humaines

Université Omar Bongo

Année 4 / Numéro 6 / Janvier 2026
ISSN : 2958-5805 (E)
2958-5813 (P)

LES HORIZONS DE LA RECHERCHE EN
AFRIQUE : CONTINUUM



TOGETHER WE REACH THE GOAL

Revue indexée
Scientific Journal Impact Factor (SJIF)
<https://sjifactor.com/passport.php?id=23299>
Impact Factor : 5,338



MENTION LEGALE

La rédaction du *CRA* rappelle que les opinions exprimées dans les articles ou reproduites dans les analyses n'engagent que leurs auteur(e)s.

© Editions GNK Gabon 2026

gnkeditons.gab@gmail.com

ISSN : 2958-5805 (E) / 2958-5813 (P)

ISBN : 979-8-24155-548-9

Tous droits réservés pour tous les pays.

Toute modification interdite



Revue pluridisciplinaire : Lettres, Arts et Sciences Humaines

ISSN : 2958-5805 (E) / 2958-5813 (P)

Contacts

revue.cra@revue-cra.com

site : www.revue-cra.com

Bp. 17004, Université Omar Bongo, Libreville – Gabon

DIRECTEUR DE PUBLICATION

NDOMBI-SOW Gaël, Maître de Conférences, Université Omar Bongo

REDACTEUR EN CHEF

MAGNIMA-KAKASSA Arsène, Maître de Conférences, Université Omar Bongo

SECRETARIAT

KOMBILA YEBE MAKOUNDOU Jean Mariole, Université Omar Bongo

KOUMBA ALIHONOU Gwladys, Ecole Normale Supérieure de Libreville

MASSALA MBINDZOUKOU Marius, Université Omar Bongo

MESSA Guy Christian, Université Omar Bongo

MOUVONDO Epiphane, Université Omar Bongo

NGAMILOLO Loïc-Rodney, Université de Lorraine

TRESORIER

MILEBOU NDJAVE Kelly Marlène, Université Omar Bongo

COMITE SCIENTIFIQUE

- **DIENE Babou**, Professeur Titulaire (Littérature), Université Gaston Berger – Sénégal
- **FOTSING MANGOUA Robert**, Professeur Titulaire (Littérature), Université de Dschang – Cameroun
- **IDIATA Franck Daniel**, Professeur Titulaire (Linguistique), Université Omar Bongo – Gabon
- **LAMAH Daniel**, Professeur Titulaire (Géographie), Université de Kindia – Guinée
- **MADEBE Georice Berthin**, Directeur de Recherche (Sémiotique), Institut de Recherches en Sciences Humaines (IRSH) de Libreville – Gabon
- **MAMADOU DINDE Diallo**, Professeur Titulaire (Histoire), Université de Kankan – Guinée
- **MBONDOBARI Sylvere**, Professeur des Universités (Littérature), Université Bordeaux Montaigne – France
- **MENGUE M'OYE Alexis**, Professeur Titulaire (Histoire), Université Omar Bongo – Gabon
- **MONGUI Pierre-Claver**, Professeur Titulaire (Littérature), Université Omar Bongo – Gabon
- **N'GORAN David**, Professeur Titulaire (Littérature), Université Félix Houphouët-Boigny – Côte d'Ivoire
- **NZINZI Pierre**, Professeur Titulaire (Philosophie), Université Omar Bongo – Gabon



- **RENOMBO Steeve**, Professeur Titulaire (Littérature), Université Omar Bongo – Gabon
- **TONDA Joseph**, Professeur Titulaire (Sociologie/Anthropologie), Université Omar Bongo – Gabon
- **AKOMO ZOGHE S. Cyriaque**, Maître de Conférences (Civilisations hispano-africaines), Ecole Normale Supérieure de Libreville – Gabon
- **BIKOMA Florence**, Maître de Conférences (Anthropologie), Université Omar Bongo – Gabon
- **BISSIELO Gaël Samson**, Maître de Conférences (Linguistique appliquée), Université Omar Bongo – Gabon
- **KONAN Richmond Alain**, Maître de Conférences (Littérature), Université Félix Houphouët-Boigny – Côte d'Ivoire
- **MAGNIMA-KAKASSA Arsène**, Maître de Conférences (Littérature), Université Omar Bongo – Gabon
- **MAKITA-IKOUAYA Euloge**, Maître de Conférences (Géographie), Université Omar Bongo – Gabon
- **MAPANGOU Dacharly**, Maître de Conférences (Littérature), Université Omar Bongo – Gabon
- **MBOYI BONGO Serge**, Maître de Conférences (Histoire), Université Omar Bongo – Gabon
- **MEBIAME ZOMO Maixant**, Maître de Conférences (Anthropologie), Université Omar Bongo – Gabon
- **MOUNGUENGUI Fallas**, Maître de Conférences (Psychologie), Université Omar Bongo – Gabon
- **MOUSSOUNDA IBOUANGA Firmin**, Maître de Conférences (Linguistique), Université Omar Bongo – Gabon
- **MOUTANGO Fabrice Anicet**, Maître de Conférences (Histoire), Université Omar Bongo – Gabon
- **MVE EBANG Bruno**, Université Omar Bongo, Maître de Conférences (Science Politique), Université Omar Bongo – Gabon
- **NDOMBI-SOW Gaël**, Maître de Conférences (Littérature), Université Omar Bongo – Gabon
- **OBIANG NNANG Noël Christian-Bernard**, Maître de Conférences (Histoire), Université Omar Bongo – Gabon
- **OVONO EBE Mathurin**, Maître de Conférences (Littérature espagnole), Université Omar Bongo – Gabon
- **PAMBO PAMBO N'DIAYE Angès Gaël**, Maître de Conférences (Littérature anglaise), Université Omar Bongo – Gabon
- **SANDOUONO FAYA Moïse**, Maître de Conférences (Histoire), Université de Kindia – Guinée
- **SOUMAHO MAVIOGA Orphée Martial**, Maître de Conférences (Sociologie), Université Omar Bongo – Gabon



SOMMAIRE

Editorial	09
EFFETS LITTÉRAIRES ET COMMUNICATIONNELS	11
TABA ODOUNGA Didier (Université Omar Bongo – Gabon) La représentation de la ville et de la forêt dans « On a perdu Monsieur Paul » et « Un arbre en travers de la route » de Ludovic Obiang.....	13
REOUTAREM Sylvain (Université de N'Djamena – Tchad) NAINDOUBA Vincent (Ecole Normale Supérieure d'Abéché – Tchad) L'inconstance de la séduction et ses vices dans <i>Une relation dangereuse</i> de Douglas Kennedy.....	25
ZANG BIYOGHE Nadège (Université Omar Bongo – Gabon) Approche de l'anthropologie spirituelle de l'éducation du féminin intérieur dans <i>Les impatientes</i> de Jaïli Amadou Amal et <i>Le journal de Pauline</i> de Calixthe Beyala : une lecture selon Annick De Souzaenelle	37
SOW Mouhamadou Moustapha (Université Gaston Berger de St-Louis – Sénégal) DIOP Ibrahima (Université Gaston Berger de St-Louis – Sénégal) NIANE Aliou Amadou (Université Gaston Berger de St-Louis – Sénégal) Les stratégies discursives dans les souvenirs d'enfance des afro-allemands : De la médiation identitaire à l'affirmation d'une appartenance multiple	49
KOBADA Gisèle (Université de Maroua – Cameroun) Les qualificatifs et possessifs dans la précision du langage : pour une description de la langue Depuri	69
NTSIMI OWONA Laurentine (Université de Yaoundé I – Cameroun) La persuasion à travers la polyphonie et la question rhétorique dans les proverbes	81
MADOULI Léa (Université de Ngaoundéré – Cameroun) BEBDIKA Jean (Université de Garoua – Cameroun) Mobile et motif des violences conjugales dans les faits divers du journal <i>Cameroon Tribune</i>	91
KEITA Sékouna (ISIC de Kountia – Guinée Conakry) Presse en ligne guinéenne : la pratique du copier-coller comme technique d'exercice de la profession	111
HUMANITES CLASSIQUES ET PERSPECTIVES MODERNES EN SCIENCES SOCIALES	129
MOUDJOURI M. Bienvenue (Université de Garoua – Cameroun) Les expatriés : un construit occidental-centriste de la mobilité Internationale.....	131
NZADIMANA Me-Christine (Université Omar Bongo – Gabon) Le maintien de la paix revisité : la minurcat, une mission singulière aux marges du modèle classique Onusien (2007-2010)	145



MEYE NDONG Serges (Université Omar Bongo – Gabon) L'accord-cadre de coopération de sécurité de l'espace transfrontalier Gabon (Kabala)-Congo (Assiéne) : enjeux, résultats et essai de prospective	163
BIGNOUMBA Guy-Serge (Université Omar Bongo – Gabon) NDONG BEKA II Poliny (Université Omar Bongo – Gabon) MIDIATA Stéran Ruvalet (Université Omar Bongo – Gabon) La Türkiye au Gabon : de la diplomatie à la conquête économique.....	177
MENGUE-M'ENGOUANG Darlane (Université Omar Bongo – Gabon) Enjeux des jeux olympiques entre paix voulue, développement durable vanté et violences suscitées (1894-2024)	193
WANE Abdoulaye (Université Paris 8 Vincennes – France) Le divorce dans les communautés d'immigrés peuls et soninkés mauritaniens en France : approche sociologique de la crise du mariage	209
BAKAYOKO Nonama Rockya (Université Alassane Ouattara – Côte d'Ivoire) Paludisme et ordre colonial en Côte d'Ivoire (1908-1930).....	221
MOUNTAPMBEME Jean Paul (Université de Dschang – Cameroun) La crise de l'engagement chrétien et la sécularisation dans les églises protestantes d'Afrique : le cas de l'Eglise Evangélique du Cameroun	241
BIVEGHE BI NDONG Wilfried (IRSH-CENAREST – Gabon) L'essor du télétravail au Gabon : entre opportunités numériques et recomposition sociale	253
KOMBA Gabrielle (Université Omar Bongo – Gabon) Suivi médical de la grossesse comme socialisation au modèle biomédical de la naissance au Gabon	271
EKANG MVE Arielle (IRSH-CENAREST – Gabon) Le confiage dans le contexte de l'infécondité au Gabon : contours et éléments de débat ...	287
SELLO MADOUNGOU (ép. NZE) Leticia Nathalie (Université Omar Bongo – Gabon) L'urgence de la formation des maraichers au Gabon : un levier d'amélioration des pratiques agricoles durables	303
NDEMBI NDEMBI Aimée Patricia (IRSH-CENAREST – Gabon) Entre culpabilité et résilience : parcours des femmes gabonaises après un avortement.....	321
KOUADIO N'GUESSAN Norbert (Ecole Normale Supérieure d'Abidjan– Côte d'Ivoire) Motivation des apprenants à l'expression orale dans l'apprentissage de l'allemand, langue étrangère	335
YANGA NGARY Bertin (Université Omar Bongo – Gabon) La production des savoirs territorialisés : brève revue et considérations provisoires	353
BALDE Moctarou (Université Cheikh Anta Diop – Sénégal) De la rhétorique sophistique à la logique comme science avec Aristote	367



**HUMANITÉS CLASSIQUES ET
PERSPECTIVES MODERNES EN
SCIENCES SOCIALES**

PALUDISME ET ORDRE COLONIAL EN CÔTE D'IVOIRE (1908-1930)

Nonama Rockya BAKAYOKO

Université Alassane Ouattara

rockyabakayoko@gmail.com

Résumé : L'article analyse les corrélations entre santé et colonisation dans la colonie de la Côte d'Ivoire à partir des politiques de lutte mises en place dans la gestion sanitaire du paludisme de 1908 à 1930. Il permet aussi de cerner les ruptures sanitaires avec la nouvelle trajectoire thérapeutique coloniale qui bouleverse les pratiques probatoires menées par les populations autochtones. Comme réponses sanitaires, les soins médicaux et l'hygiène furent au cœur des actions sanitaires à l'endroit du paludisme. S'appuyant sur les sources d'archives en lien avec la santé et l'analyse d'une diversité de sources (primaire et secondaire), des résultats furent observés surtout au niveau du taux de mortalité à partir de 1930. Cependant, il exista dans la colonie un syncrétisme médical avec la rencontre entre l'art médical traditionnel et celui imposé par le colonisateur.

Mots-clés : Paludisme ; Hygiène ; Quinine ; Colonisation ; Histoire

Abstract: The article analyzes the correlations between health and colonization in the colony of Ivory Coast from the control policies implemented in the sanitary management of malaria from 1908 to 1930. It also allows to identify the health breakdowns with the new colonial therapeutic trajectory that disrupts the probative practices conducted by indigenous populations. As health responses, medical care and hygiene were at the heart of health actions against malaria. Based on archival sources related to health and the analysis of a variety of sources (primary and secondary), results were observed especially at the level of mortality from 1930. However, there existed in the colony a medical syncretism with the meeting of traditional medical art and that imposed by the colonizer.

Keywords: Malaria ; Hygiene ; Quinine ; Colonization ; History.

Introduction

Du latin « Mal aria », signifiant « Mauvais air », le paludisme ou malaria est une maladie très ancienne dont l'expansion concorderait avec l'apparition de l'agriculture, selon les fouilles archéologiques. Elle toucha de façon significative les humains à partir de l'époque du développement de l'agriculture en Afrique (Sanni et Ze, 2013 : 15). La pathologie se transmet par la piquûre d'un sujet par le moustique appelé anophèle (femelle) qui transmet des parasites du genre plasmodium, dont le plasmodium *falciparum*, *vivax*, *ovale* et *malariae*. Le plasmodium *falciparum* constitue l'espèce la plus répandue, surtout en Afrique subsaharienne.

Dans la colonie de Côte d'Ivoire, c'est à l'initiative de l'organisation des services de santé coloniaux que le mythe selon lequel le paludisme ne touchait que la population européenne¹ a été rompu. En effet, la création du service de

¹ Parmi les endémies, le fléau numéro un était le paludisme, qui causait la plupart de décès ivoiriens (D. Domergue, 1978 : 46).



santé dans la colonie remonte au 10 mars 1895. Il fonctionna véritablement à partir du décret du 4 novembre 1903 portant organisation des services de santé coloniaux (Domergue, 1978 : 40). Bien avant la création de ce service de santé, il existait des hôpitaux², dont celui de la Côte d'Ivoire en 1893. Essentiellement destinée aux troupes coloniales et à l'administration coloniale, ces actions sanitaires furent étendues aux indigènes des colonies de l'AOF avec la création de l'Assistance Médicale des Indigènes (AMI) le 8 février 1905. Dans la colonie, elle fut mise en place le 24 juin 1906. Cette nouvelle ère sanitaire dans la colonie permit d'entreprendre des initiatives sanitaires à l'endroit des maladies méconnues des populations autochtones dont le paludisme.

Des travaux interrogent diverses questions sur le paludisme à partir d'une diversité d'approches. Les écrits abondent généralement dans le domaine de l'entomologie pour montrer l'hétérogénéité de la transmission du paludisme (Adja et *al.*, 2006), les facteurs et les déterminants de sa forte prévalence dans certaines zones du pays (Dossou-Yovo et *al.*, 1998, I. Nzeyimana et *al.*, 2002). Les aspects cliniques et biologiques (Eholié et *al.*, 2004, Henry et *al.*, 2002) de même que les plantes intervenant dans le traitement traditionnel de la maladie (Sylla, 2018 ; N'Guessan et *al.*, 2009) sont également abordés pour les réflexions en science médicale et ethnobotanique. Aussi, la dynamique du paludisme dans le temps et dans l'espace (Azongnibo, 2024) et la nosographie du paludisme (Nzeyimana et *al.*, 2006) sont, entre autres, des aspects respectivement traités en géographie de la santé et dans le domaine de l'anthropologie médicale.

Au niveau de l'historiographie disponible sur la maladie en Côte d'Ivoire, les écrits sont perçus au compte-goutte. Assani (2017) nous apporte sa part de savoir sur ladite maladie de 1948-1996. Ses travaux nous édifient sur la lutte contre le paludisme à cette période donnée, mais des connaissances antérieures sur la maladie méritent d'être également connues. Et même lorsqu'elles sont évoquées, cela est fait sommairement (Domergue, 1978). Notre approche, qui va des prémices de la maladie dans la colonie jusqu'en 1930, période d'évolution dans le système sanitaire colonial, est donc à explorer.

S'inscrivant dans une perspective historique, dans quelle mesure ces politiques de lutte, qui impulsent une nouvelle trajectoire thérapeutique, ont-elles affecté les pratiques probatoires menées par les populations autochtones dans la thérapie du paludisme ? En expérimentant ce renversement des

² Ces hôpitaux étaient à caractère militaires en charge de la survie de la santé des membres du corps expéditionnaire. Ils furent d'un apport capital pour les troupes coloniales au cours de la conquête coloniale. Il s'agit des hôpitaux de Saint Louis, à Dakar, au Soudan français (actuel Mali) en 1891 et au Dahomey (actuel Bénin) en 1892 (Allolou, 2006 : 167).

pratiques sanitaires, nous nous interrogeons sur les corrélations entre santé et colonisation dans la colonie à partir du cas du paludisme de 1908 à 1930. Repenser cette pathologie à la période coloniale met en perspective les politiques de santé publiques antérieures. Elle permet également de comprendre les logiques d'articulation entre santé, pouvoir et la gestion des populations de la colonie ainsi que les transformations environnementales imposées par les questions sanitaires.

Il y a une variété de sources dans cette étude. Elle s'appuie sur l'exploitation des archives (les rapports médicaux, les correspondances administratives et circulaires en lien avec la santé dans la colonie) et des écrits de diverses disciplines (entomologie, science médicale, anthropologie, ethnobotanique et sociologique). Pour comprendre les actions sanitaires apportées pour la lutte contre le paludisme et le comportement des populations face à la maladie, l'article s'articule en trois parties. La première montre le contexte du diagnostic de la maladie dans la colonie et ses déterminants épidémiologiques. Quant à la deuxième partie, l'organisation du service sanitaire de la colonie et ses enjeux meublent notre argumentation. La troisième et dernière partie fait mention des réponses sanitaires des autorités sanitaires jusqu'en 1930 et celles des populations autochtones.

1. Le paludisme dans la colonie

La découverte du paludisme dans la colonie fut l'œuvre de la médecine militaire, avec la mise en place des infrastructures sanitaires. Elle permit de définir la typologie du paludisme dans la colonie et les zones de prévalence.

1.1. Le diagnostic du docteur François Sorel

« L'humanité n'a que trois grands ennemis : la fièvre, la famine et la guerre ; de ceux-ci, de loin le plus grand, de loin le plus terrible, est la fièvre » (William Osler). Cette fièvre n'est que l'une des manifestations du paludisme. Dans la colonie, parmi les endémies, le premier fléau était le paludisme, qui causait la plupart des décès chez les sujets européens (Domergue, 1978 : 46). Le service de santé une fois installé, les acteurs, dans l'exercice de leurs fonctions, se mirent à l'œuvre afin de faire face à cette maladie. Ainsi, cette médecine permit de détecter les premiers cas de paludisme dans la colonie considérée comme une maladie affectant peu l'autochtone (Domergue, 1978 : 58).



En 1908, l'examen de nombreux enfants de basse côte³ montre qu'ils possèdent tous des rates⁴ très développées. Ainsi, le docteur Sorel, inspecteur général des services sanitaires, à l'issue d'enquête, démontre qu'il y a une relation entre l'âge d'un enfant et le degré d'infection paludéenne (Sorel, 1911 : 188-190). Les premiers cas de paludisme furent alors détectés dans la colonie et on dénombra environ 66% des enfants impaludés entre 1 et 5 ans et 38% entre 5 et 15 ans, puis chez les adultes 10% (Domergue, 1978 : 58). Il fut alors le premier médecin à détecter le paludisme dans la colonie. L'hypothèse selon laquelle la maladie n'atteignait que les populations européennes fut après ce diagnostic infirmée. Toutefois, cette nouvelle information resta méconnue des populations autochtones car étant encore attachées à leurs croyances religieuses. A l'issue de ces cas de paludisme, les formes sous lesquelles le paludisme se manifestait dans la colonie ont été définies.

Elle se manifestait dans la colonie de Côte d'Ivoire tout comme dans celle au Congo, au Dahomey, aux rivières du sud sous trois formes, à savoir la forme intermittente, bilieuse et hémoglobinurique (Villamur et Richaud, 1903 : 106). Ces différentes formes de paludisme affectaient les populations européennes, les autochtones ainsi que les métis. Ainsi, la forme intermittente fut celle qui provoquait le plus de mortalité dans la colonie à travers ses caractéristiques que sont les nausées, les maux de rein, les douleurs de tête et les sensations de fatigue.

Pour son caractère morbide, Villamur et Richaud (1903 : 106) mentionnent que « la forme intermittente était celle se présentant avec le plus de fréquence, celle à laquelle aucun européen, aucun indigène, je pourrais même ajouter aucun animal domestique, n'échappait, celle qui est, par excellence, la forme classique de la malaria africaine ». Dans le rapport médical annuel de 1924, docteur Bouffard fait mention de ces cas de paludisme :

A Bingerville où il existe un orphelinat de métis nés dans la colonie, j'ai trouvé 14 grosses rates sur 40 élèves. Chez eux, cette augmentation de la rate s'accompagnait toujours d'un état général déficient, une maigreur assez accusée, et une résistance physique très amoindrie. L'instruction de ces enfants, qui représentent les cerveaux autochtones les plus évolués, s'en ressent, et certains d'entre eux ne peuvent terminer convenablement leurs études du fait de ce paludisme chronique.⁵

³ La basse côte est une notion géographique qui se situe au-delà de l'espace côtier et lagunaire, correspondant approximativement au parallèle Ayamé-Lakota.

⁴ La rate est localisée dans le côté gauche de l'abdomen. Il joue un rôle essentiel dans la défense de l'organisme, le stockage des plaquettes sanguines et est le siège d'une grande partie de la destruction des globules rouges vieillissants.

⁵ ANCI : 2 HH45, Rapport médical annuel de la colonie de Côte d'Ivoire dressé par le docteur Bouffard, en 1924.

Ce rapport montre que la manifestation clinique de cette forme du paludisme est assez virulente. Quant aux formes bilieuse et hémoglobininurique, elles présentaient les mêmes caractéristiques dont les vomissements, la couleur foncée et le peu d'abondance des urines rappelant la couleur du vin de malaga (Villamur et Richaud, 1903 : 107). Ces deux formes engendraient également des morts lorsqu'elles étaient contractées par les populations de la colonie. Ces formes du paludisme affectaient certes les différentes populations de la colonie, mais sa répartition et sa prévalence dans la colonie présentaient une inégale répartition.

1.2. Répartition et zone de prévalence du paludisme dans la colonie

La répartition géographique d'une pathologie varie d'un continent à un autre, d'un pays à un autre, d'une région à une autre, d'un village à un autre et même parfois au sein d'un même village. Cela est causé par plusieurs facteurs qui sont naturels et anthropiques.

En ce qui concerne les facteurs naturels de l'expansion du paludisme dans la colonie, le climat et la végétation étaient les déterminants les plus importants. Leurs différentes caractéristiques ont permis de comprendre le taux de prévalence du paludisme dans une zone définie. Quant aux facteurs anthropiques⁶, l'agriculture et le caractère insalubre de certains territoires ont concouru à la prolifération des anophèles. La répartition du paludisme dans la colonie fut alors à l'image de ces facteurs. Les écrits de Domergue (1986) sur la politique sanitaire coloniale en Côte d'Ivoire de 1905-1958 l'illustrent bien. Le paludisme était plus fréquent dans la partie sud de la colonie qu'au nord.

Quant au docteur Bouffard, dans son rapport médical de 1925, il affirme que « la température dans la colonie n'oscillait que de quelques degrés pendant toute l'année en basse côte qui était riche en lagune »⁷. Ces caractéristiques étant favorable à la reproduction du vecteur responsable de la maladie, l'activité des gîtes larvaires d'anophèle était continue. Les habitants de cette région furent alors les plus exposés à la maladie entraînant ainsi un fort taux d'habitants impaludés. La concentration des activités agricoles à caractère économique sont également des facteurs qui ont entraîné l'exposition non

⁶ Relatif à une activité humaine directe ou indirecte ayant des conséquences sur l'environnement : pollution par les pesticides des sols, érosion.

⁷ ANCI : 2 HH21, Rapport médical annuel de la colonie de Côte d'Ivoire dressé par le docteur Bouffard, en 1925.



seulement des européens mais également les populations autochtones à la maladie.

Parlant de l'environnement, son assainissement était de mise pour se protéger de cette maladie. Mais le caractère insalubre de certains milieux a été à l'origine de la propagation de la maladie dans la colonie. A cet effet, Villamur et Richaud (1903 : 119) affirment que :

Grand Bassam fut réputée comme la ville la plus insalubre de la colonie et un nouveau dans la colonie put vivre sans grande épreuve lorsque celui-ci s'installait dans certains postes de la côte ouest, entre autres Drewin, au-delà de la forêt et des territoires de la haute Côte d'Ivoire car jugé salubre et moins dangereux pour être atteint d'une affection.

Tous ces facteurs ont permis de comprendre la prévalence du paludisme dans la colonie. Aussi, faudrait-il noter que la prévalence avait tendance à varier et cela fut observé plus tard avec de nouvelles pratiques agricoles, à savoir les cultures à partir du drainage, dans la zone du centre-nord qui était une zone à prévalence faible.

2. Organisation de la médecine coloniale

L'organisation sanitaire coloniale en Côte d'Ivoire, comme dans toutes les colonies françaises, était à l'image de ce qui existait en métropole.

2.1. Les structures sanitaires coloniales

Au cours de la période coloniale, le service de santé mis en place était défectueux. Avec les difficultés qu'il présentait par un manque d'infrastructures, d'organisation adéquate pour son bon fonctionnement, il exista une organisation du service de santé. Elle était composée d'une direction des services de santé militaire et d'une inspection générale (Domergue, 1978 : 40). Ceux-ci veillaient au bon fonctionnement des différents services de santé qui regroupaient l'AMI, les établissements hospitaliers, les services sanitaires maritimes, et les services d'hygiène et de protection de la santé publique, puis les laboratoires et les parcs vaccino-gènes.

En 1902, a été créée la première infrastructure sanitaire de la colonie à Grand-Bassam, puis un centre vaccino-gène en 1905 par le médecin major Bouet (Domergue, 1978 : 42). Ces infrastructures rencontraient des difficultés dans leur fonctionnement en raison de leur mauvais état. Cependant, une évolution fut observée en 1930 avec 275 lits d'hospitalisation et 2 centres vaccino-gènes dans la colonie (Serie, 1971 : 434). Cela s'explique par la politique sanitaire de masse entamée à partir de 1921. Elle fut orientée vers une médecine de prévention et des masses. Ainsi, une inégalité dans la répartition des établissements hospitaliers fut observée. En effet, les Européens étaient plus

nombreux dans la zone côtière considérée comme relativement salubre. Par contre, dans la zone forestière et dans la zone des savanes, ils étaient très peu, la première étant estimée comme insalubre et la seconde comme trop éloignée des villes (Domergue, 1978 : 45). La présence de toutes les catégories d'infrastructures sanitaires dans la zone côtière trouve ainsi un justifié. Un second argument est celui du rôle de cette zone dans l'exploitation de la colonie avec les grandes activités de la colonie qu'elles furent agricoles ou commerciales qui s'y effectuaient. Pour le fonctionnement de ces infrastructures, un personnel médical et un financement des services sanitaires étaient indispensables.

2.2. Le personnel médical et le financement des structures sanitaires

Les soins médicaux dans les structures sanitaires étaient assurés au départ par les médecins de la marine, ensuite par les militaires, puis par les médecins sortis des écoles de médecine de la métropole. Il a aussi existé une autre corporation de santé qui a assuré les soins auprès des populations de la colonie. Avec les inégalités dans la répartition des infrastructures sanitaires, laissant les zones reculées pour contre, cette faille fut comblée par l'église. Ces régions dites enclavées ont été les lieux d'exercice de l'œuvre sanitaire confessionnelle (Bakayoko et Bamba, 2024 : 130).

En minorité dès le début de la mise en place du service sanitaire, le nombre du personnel médical ne cessa de croître pour faire face au déficit du personnel. Cette évolution fut marquée par la formation de personnel local à savoir les médecins auxiliaires, les infirmiers et les sage-femmes à l'école de médecine de Dakar. Parmi le personnel formé, trois éminentes personnalités politiques y ont suivi la formation de médecin et de pharmacien. Félix Houphouët-Boigny et Auguste Denise sortirent major de leur promotion de médecine respectivement en 1925 (Peumery, 1974 : 499) et en 1927 (Le Bras, 2016 : 54). Le nombre du personnel médical passa de 11 médecins en 1908 à 18 en 1913, puis à 10 médecins en 1925 en raison de la Seconde guerre mondiale (Domergue, 1978 : 44). En 1930, avec la prospérité de la colonie, le personnel connut une augmentation. En 1923, la Côte d'Ivoire comptait 93 infirmiers tandis qu'en 1930, 130 infirmiers, 38 médecins et aides-médecins (Serie, 1971 : 434).

En ce qui concerne le volet financier, il occupa une place importante pour le bon fonctionnement des services sanitaires. Les établissements hospitaliers étaient divisés en une formation coloniale (hôpitaux, infirmeries, ambulances) et d'une formation locale (infirmeries, postes, dispensaires) pour offrir des soins adéquats aux populations. La formation coloniale était financée



par le budget du Ministère des colonies, tandis que la formation locale était subventionnée à partir du budget de la colonie. Les infrastructures locales destinées aux autochtones rencontraient alors des problèmes au niveau de leur fonctionnement car directement liées aux ressources du territoire. Les impôts payés par les autochtones et la générosité de certaines autorités administratives furent en grande partie ces ressources locales. Ces dispositions fiscales contraignantes appliquées aux indigènes ont entraîné un bouleversement des structures politiques traditionnelles locales. Des rébellions souvent attisées par les « races nobles », qui voyaient leur position dominante diminuer par rapport aux « races captives » (Héraut, 2006 : 386). Il faut noter que malgré les insuffisances observées au niveau des différents versants de l'organisation du service dans la colonie, le personnel médical est parvenu à donner une vie sanitaire dans la colonie. Elle fut profitable aussi bien aux autochtones qu'aux Européens et surtout dans la prise en charge des pathologies.

3. La médecine coloniale et autochtone à l'épreuve du paludisme

L'implantation des infrastructures sanitaires et l'imposition des pratiques médicales modernes introduisent de nouvelles formes de gestion des maladies. Au contact des populations autochtones, généralement hostiles à coopérer, la thérapie occidentale se heurta à celle pratiquée de manière traditionnelle.

3.1. L'intérêt de la politique de lutte contre le paludisme

La mise en valeur des différentes colonies sous domination européenne en Afrique fut, dans la majeure partie, basée sur l'exploitation des terres. Cette exploitation avait de multiples raisons. L'approvisionnement de leurs différentes métropoles, la recherche de l'hégémonie et la richesse à partir des ressources desdites colonies. Cette ambition née à leur arrivée en Afrique se matérialisa en premier lieu par la conquête coloniale, dont sa mise en œuvre fut retardée par une pléiade de problèmes. Le plus important fut la présence de maladies dans les colonies affectant aussi bien les autochtones que les Européens. Pour y faire face, les administrateurs coloniaux firent de la santé des autochtones une priorité en plus de celle des membres de leur expédition. S'agissait-il d'une œuvre humanitaire ou d'une œuvre utilitaire ?

Cette politique renferme alors deux thèses. Selon la première, cette politique mise en place avait un caractère humanitaire, une action désintéressée car faisant partie de l'une des utilités de la colonisation. Aussi, l'ambition était de favoriser une amélioration de la santé physique et morale des populations placées sous l'autorité coloniale. Les propos de certains gouverneurs illustrent

cette thèse. Le gouverneur Jules Brévié⁸ mentionne qu'« on ne saurait séparer l'action politique de l'action sociale qui se complète mutuellement » et son successeur Marcel Coppet⁹ affirme que « la primauté de l'action sociale est basée sur le devoir de l'assistance et de solidarité humaine » et va encore plus loin et dit : « le propre de la puissance coloniale est de protéger les hommes, contre les maladies et l'ignorance » (Allolou, 2006 :166). Les propos de ces gouverneurs relatifs à l'assistance médicale des populations autochtones parvinrent à montrer que la lutte contre le paludisme dans la colonie avait comme objectif le bien-être des populations.

Quant à la deuxième opinion, elle est extrêmement opposée à la précédente. Territoire riche tant au niveau de ses terres cultivables que de ses ressources minières, une meilleure exploitation de la colonie avait besoin d'un réservoir humain assez sain et qualifié. De plus, une population nombreuse et en bonne santé augmentait la demande des biens de consommation manufacturés en métropole. Il fallait donc faire chuter le taux de mortalité, surtout la mortalité infantile qui était effroyable car les enfants étaient les plus exposés à la maladie. Ainsi, mettre à la disposition des populations un service sanitaire était la meilleure stratégie pour le bon déroulement des travaux dans les plantations et sur les chantiers de constructions. En 1923, dans une circulaire ministérielle du 10 décembre 1924, le ministre des colonies Albert Sarraut exprima que :

La première condition de cette réussite indispensable, c'est de disposer d'une population indigène non seulement saine, stable et paisible, mais qui croisse en nombre et progresse dans l'ordre matériel, intellectuel et moral, jusqu'à nous donner cette collaboration des cadres, cet appoint de masse sans lesquels la mise en valeur ne sera jamais qu'un mot. » car « si la population ne croit pas, tout le programme qui a été élaboré ne peut se réaliser qu'avec une extrême lenteur ». Il devait alors « développer les races indigènes en quantité et en qualité ». (Allolou, 2006 : 165-166)

De ces deux thèses, nous pouvons arguer que même si la prise en charge des populations autochtones contre le paludisme fut établie pour une amélioration de leur santé, elle avait pour objectif principal l'enrichissement de la métropole et non un objectif spécifiquement humanitaire car « avant 1914, et qu'au-delà de cette date, elle ne parvint jamais à établir un service sanitaire réellement désintéressé pour les populations » (Ekanza, 2005 : 121) et ce fut « à travers les problèmes de mains d'œuvre qu'il vint à s'occuper de la santé des Africains » (Domergue, 1984 : 12). Il fut de même pour les infrastructures

⁸ Joseph Jules Brévié fut gouverneur de la colonie de la Côte d'Ivoire du 29 novembre 1929 au 30 octobre 1930.

⁹ Marcel Coppet occupa la fonction de gouverneur général de Madagascar de 1936 à 1939.



sanitaires dont la répartition dans la colonie était à l'image des zones de rentabilités de la colonie. Les zones urbaines bénéficiaient des hôpitaux et des laboratoires qui se chargeaient non seulement de la santé des colons, mais également des populations qui étaient engagées dans la mise en valeur de la colonie. Aussi, ajoutons que des postes de secours furent également installés de manière permanente sur les chantiers en élaboration dans la colonie. Ces postes étaient installés dans une case à proximité des chantiers, dont le service était assuré par un infirmier nommé infirmier de chantier. La politique sanitaire avait donc une autre face, celle d'une politique démographique. Toutefois l'intérêt de cette politique de lutte étant connu, comment fut-elle organisée ?

3.2. La thérapie moderne et l'hygiène de la colonie

Les soins médicaux et l'hygiène ont constitué le premier volet dans l'organisation médicale du colonisateur. Dans le cas du paludisme, elle fut marquée par un versant thérapeutique et des stratégies de lutte à caractère préventif.

Le traitement du paludisme avait pour objectifs de traiter les patients atteints afin d'interrompre le cycle de maturation et de reproduction du parasite. Pour contenir cette pathologie, la quinine fut le traitement de référence, surtout pour les formes graves du paludisme à *plasmodium falciparum*. Issue d'un arbre tropical de la famille des Rubiacées¹⁰, la quinine est un schizonticide endo-érythrocytaire. Avec son écorce riche en alcaloïdes, il est apparu à partir du XVII^{ème} siècle sous le nom d'écorce de quinquina. L'ère thérapeutique de la maladie débuta donc à cette période. Historiquement, de nombreux médicaments ont été découverts par la chance, l'observation, le hasard, les essais ou les erreurs. Parmi ces découvertes, certaines ont considérablement marqué l'histoire du médicament. Dans le cas de la quinine, elle fut l'objet de polémiques quant à son origine et à sa découverte. Selon certaines sources, le quinquina faisait partie de la pharmacopée des Inca et qu'ils l'utilisaient contre les problèmes digestifs, les fièvres et les infections bien avant l'arrivée des conquistadores.

Une autre thèse affirme que la quinine fut découverte par l'observation. D'après la légende péruvienne, il existait à Loxa au Pérou un lac bordé d'arbres qui, lors d'un grand tremblement de terre tombèrent dans celui-ci et lui donna une saveur amère. Des hommes alors pris de fièvre burent cette eau pour se désaltérer et constatèrent que leur fièvre tomba. Au cours de leurs différentes

¹⁰ Les rubiacées sont des plantes à fleur qui comprennent plus de 10000 espèces réparties en 600 genres.

missions d'évangélisation dans le nouveau monde, les Jésuites la découvrent et décident de mieux connaître les vêtus de cette écorce et l'apportent à Rome où cette fièvre décimait la population. A cette période, la dénomination quinquina donnée au remède n'était pas encore employée mais était qualifiée de *l'arbre de la fièvre*. Une fois connue hors du nouveau monde, elle faisait désormais partie de la pharmacopée des populations et prit le nom de « poudre des jésuites » (Gasparon, sd : 6). Ces vêtus ont permis la guérison avec succès des malades qui l'administraient et ce fut le cas du roi Louis XIV. Il fut guéri ainsi que les dauphins et les princes de sa cour royale (Ferez, 2003 : 25). Il ne sera pas adopté de tous, surtout des protestants qui la qualifiaient de drogue papiste due à son utilisation massive à Rome et surtout par la Papotée. Son utilisation fut alors partielle du fait de sa posologie (Tillequin, 2008 :11). Cependant, pour mieux connaître la composition de cette écorce thérapeutique, le quinquina fut isolé en 1820 par les pharmaciens Pelletier et Caventou. À l'issue de leur analyse, la dénomination quinine a vu le jour. Quant à la structure complète de la quinine, elle fut connue en 1830 et reconnue comme le remède du paludisme par François Clément Maillot.

Dans la colonie, la quinine fut d'abord employée à titre curatif avant d'être utilisée comme un traitement préventif. Elle était prescrite aux malades par dose quotidienne de 1 gramme à 1gr.50. En cas de fièvre intermittente, la quinine était administrée en injection sous-cutanée. Pour le traitement de la forme hémoglobinique, la quinine triomphait rarement en raison de l'état profond d'intoxication (Villamur et Richaud, 1903 :107). Dans le rapport médical annuel de 1924, le nombre de cas de malade du paludisme dans la colonie était de 819 hommes, 266 femmes et 63 enfants. Les cas de décès furent observés aussi bien chez les Européens que chez les autochtones. Il y eut un (1) cas de décès chez les Européens dû à la forme hémoglobinurique et cinq (5) décès d'autochtones¹¹. En 1925, le nombre de malades du paludisme a connu une évolution avec 1188 hommes, 561 femmes et 439 enfants. Au niveau des décès, 11 décès furent comptés chez les autochtones¹². Ces statistiques sur les cas de paludisme et de mortalité dans la colonie s'expliquent par la qualité des infrastructures sanitaires jugée défectueuse avant 1930, le déficit du personnel et surtout la concentration des services sanitaires de la colonie dans les zones d'exploitation de la colonie. À ces raisons peuvent s'ajouter le caractère réfractaire des populations autochtones à la nouvelle gestion de leurs santés.

¹¹ANCI : 2 HH45, Rapport médical annuel de la colonie de Côte d'Ivoire dressé par le docteur Bouffard, 1924.

¹²ANCI : 2 HH21, Rapport médical annuel de la colonie de Côte d'Ivoire dressé par le docteur Bouffard, 1925.



En ce qui concerne le rapport hygiène et paludisme, il se perçoit au niveau de la prolifération du moustique responsable de la pathologie. Depuis l'époque des étrusques, qui ont précédé l'empire romain, jusqu'à Napoléon, on s'efforçait d'assécher les marais qui entouraient Rome. Les mesures d'hygiène pour assainir l'environnement et le drainage des sols furent alors les principales politiques de lutte car étant les lieux de production des moustiques responsables de la maladie. En Afrique, les premières stratégies de lutte contre le paludisme commencent avec les conquêtes des territoires. Cette stratégie fut qualifiée de conquêtes hygiéniques et a été poursuivie par les colons après leur établissement. Au niveau de la colonie, d'autres pathologies sévissaient en plus du paludisme. Il s'agit entre autres de la fièvre jaune, la lèpre, la syphilis et la maladie du sommeil. Tout comme le paludisme, la fièvre jaune est une maladie dont l'assainissement du cadre de vie est un facteur préventif. Les campagnes d'assainissements n'étaient donc pas seulement assignées au paludisme. La prévention d'autres pathologies et surtout l'amélioration des conditions d'existence des indigènes en étaient aussi les raisons. Il faut souligner qu'administrateurs et médecins ont collaboré étroitement dans cette œuvre commune ; les premiers s'occupant de l'alimentation, de l'hygiène des villages, de la vaccination et des mesures sanitaires générales ; les seconds donnant des conseils techniques et indiquant les mesures à prendre pour améliorer l'hygiène des indigènes¹³. Dans son exécution, cette stratégie à caractère préventif fut orientée sur les mesures d'hygiène, d'assainissement et de drainage des sols.

Ainsi, des travaux d'assainissement des marigots, des mares d'eaux, des fosses septiques mal faits, l'assèchement des eaux stagnantes, le ramassage, la destruction des ordures ménagères et des vieux récipients hors d'usage sont les activités d'hygiène qui ont meublé les travaux d'assainissement. La ville d'Aboisso fut au cœur de cette action d'assainissement sur une période de 3ans¹⁴ de même que les agglomérations européennes et indigènes¹⁵. Aussi, Raphaël Antonetti, lieutenant-gouverneur de la Côte d'Ivoire (janvier 1918-2 avril 1924), mentionne qu'« il fallut la bienfaisante contrainte pour amener les indigènes à pouvoir apprécier par la pratique les avantages d'une propreté ignorée par eux auparavant » et « Il fallait également les amener à loger dans des cases confortables et saines, situées dans des villages propres et bien situés autour desquels existe un débroussement assez étendu » Cette volonté manifeste de

¹³ « La Côte d'Ivoire : La politique alimentaire et l'assistance médicale », *La dépêche coloniale*, 28 juin 1923.

¹⁴ ANCI : 3HH40, Campagne d'assainissement de la ville d'Aboisso, 1913-1915.

¹⁵ ANCI : 3HH18, Correspondance et circulaire au sujet de l'hygiène et la salubrité des agglomérations européennes et indigènes : 1911-1919.

vivre dans un cadre assez salubre fut à l'origine du drainage des sols. Cette méthode fut instaurée pour l'assèchement des sols afin de créer de grandes zones cultivables. Cette extension des cultures fut l'apanage du gouverneur Raphaël Antonetti. Il affirme qu'« il fallut de même exiger des indigènes qu'ils fassent des cultures étendues dépassant largement les besoins du village »¹⁶. Cette recommandation avait comme objectif la subsistance alimentaire des indigènes et l'assainissement des villages. Des objectifs économiques n'étaient pas à négliger car cette technique intervient dans l'agriculture et surtout dans le cadre des cultures d'exportations telles que le café, le cacao, le palmier à huile. Les méthodes locales de gestion des sols furent donc abandonnées au détriment de l'assèchement des sols. À cela, s'ajoutent les différents conseils que recevaient les patients fréquentant les différentes infrastructures sanitaires installées dans la colonie. Aussi, les agents de santé recommandaient aux populations de la colonie d'assainir leur cadre de vie. À l'issue de cette politique mise en place dans la colonie, force a été de constater des résultats au niveau de la lutte.

L'utilisation de la quinine a permis le bon déroulement de l'exploitation de la colonie avec les autochtones qui pouvaient désormais travailler dans les grandes plantations de productions de matières premières. Les colons également purent s'installer en grand nombre dans la colonie ainsi que les marchands et les missionnaires. L'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement des villes et villages de la colonie permit aussi la diminution du taux de morbidité et de mortalité (Allolou, 2006 : 167). Cette évolution est attribuée à l'amélioration des services de santé dans la colonie à partir de 1930 comme sus indiqué. En dépit de ces résultats, des difficultés furent observées. Ces difficultés étaient en rapport avec les méthodes thérapeutiques utilisées. Le personnel médical, dans l'exercice de leur fonction, ne prenait pas en compte les aspects socioculturels des populations autochtones. Un rejet de leurs différentes méthodes thérapeutiques ainsi que leur système de gestion de leur cadre de vie furent impactés. Ces populations étaient donc contraintes à subir les différentes interventions médicales instaurées par les autorités sanitaires coloniales. Cette nouvelle gestion sanitaire leur fut imposée au mépris de leur propre valeur. Toutefois, ces populations sont restées fidèles à leurs savoirs traditionnels et thérapeutiques du paludisme.

¹⁶ « La Côte d'Ivoire : La politique alimentaire et l'assistance médicale », *La dépêche coloniale*, 28 juin 1923.



3.3. Savoirs et traitements du paludisme par les autochtones

Les pratiques thérapeutiques des populations autochtones à l'arrivée du colonisateur furent qualifiées de médecine traditionnelle en raison de sa pratique qui n'était véritablement pas commode en leur sens. Ayant pour site originel le village, elle se définit comme l'ensemble des connaissances pratiques, explicables ou non, mises en œuvre à partir de théories, croyances et expériences propres à une culture pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social (Reinberg, 2014 : 77). Cependant, qu'elle fut la nosologie traditionnelle donnée au paludisme ? Et comment fut-elle traitée par la thérapie traditionnelle ?

Dans les sociétés humaines, les conceptions populaires des maladies résultent des observations empiriques, des us et coutumes. Elle est à l'origine de l'adoption d'attitudes préventives ou curatives dans la gestion des maladies. Dans le cas du paludisme, malgré la découverte de l'agent pathogène, elle est sujette d'interprétation locale. La maladie ne résulte donc pas d'un simple dérèglement d'organe, d'un ou plusieurs systèmes du corps humain. La causalité est d'ordre surnaturel ou naturel.

Dans le premier cas, la cause de la maladie est basée sous divers angles. Il y a tantôt la vengeance, le mécontentement d'un ancêtre dû au non-respect des interdictions culturelles¹⁷ ou l'attaque par un sorcier. Ces interprétations se résument à une sanction à l'endroit du malade à partir des symptômes et manifestations de la maladie. En ce qui concerne les facteurs naturels, le soleil et la fatigue dus au travail sont évoqués. Selon les populations locales, le soleil peut donner le paludisme car provoquant des maux de tête et des courbatures après une exposition prolongée au soleil. Soulignons que ces perceptions populaires perdurent depuis des lustres dans l'étiologie du paludisme. Ainsi, se référant à la période coloniale, les travailleurs de la colonie étaient sujets de ces symptômes avec la fatigue due au travail (construction de route, de chemin de fer et de travaux dans les plantations). Au-delà de ces différentes interprétations, des dénominations du paludisme selon certains dialectes sont à énumérer.

Chez les peuples malinkés, le paludisme est nommé « sumaya », dont on distingue plusieurs catégories. Le *suma*, le *sayi jaune*, le *sayi blanc* et le *kono* qui, selon leurs symptômes (la fièvre, les vomissements, le corps mou, la fatigue générale, les troubles digestifs, les maux de tête, les frissons et l'anémie), correspondent au neuropaludisme (Sangare, 2003 : 22). Il affecte les enfants et se manifeste par une perte de conscience et un durcissement de celui-ci. Pour l'autochtone, il s'agit de la manifestation de l'esprit qui aurait pris possession du

¹⁷ Adultère, abandon des cultes ancestraux, le non-respect des totems.

corps de l'enfant. Selon d'autres interprétations locales, l'oiseau qui constitue l'incarnation d'un agent persécuteur dans leurs traditions serait à l'origine de la manifestation du « sumaya » chez l'enfant parce qu'il a soit survolé l'enfant ou sa mère pendant la grossesse (Sangare, 2003 : 23). D'autres entités ethniques ont également des noms attribués au paludisme. Ainsi pour les Baoulé, le paludisme est nommé le *djókouadjò*, les sénoufo *Gnimé* et les adioukrou *Srwi*.

Malgré la diversité d'interprétations de la maladie, une caractéristique générale des modèles étiologiques dans les sociétés dites traditionnelles est la fréquence des interprétations prosécutives dont la sorcellerie est l'archétype (Fassin, 1990 :13). Les interprétations sont donc plus faites à partir des croyances socioculturelles des populations. Pour remédier aux différents symptômes qui engendrent ces interprétations de la maladie, des traitements sont administrés aux malades. Dans la pratique de la médecine traditionnelle, le guérisseur est l'acteur principal et présente deux fonctions. Il est à la fois médecin et pharmacien, tandis que dans le cas de la médecine moderne, les deux rôles se présentent distinctement. Pour le traitement du paludisme, on distingue deux étapes.

La première est la consultation du malade. Elle a pour but principal de déterminer l'origine du mal. Cette connaissance de l'origine de la maladie permet au guérisseur de donner à partir de ses qualités thérapeutiques un traitement adéquat aux différentes causes de la maladie. Pour la seconde étape, à savoir le volet thérapeutique, il a recours aux rituels et aux médicaments pour corriger le déséquilibre sanitaire occasionné par le mal. Parlant des rituels, le guérisseur procède par des incantations des dieux, qui selon eux sont mécontents afin d'avoir la clémence des ancêtres. Le malade est alors confronté à un interrogatoire avec les dieux, avec comme intermédiaire le guérisseur. Cette étape a pour rôle d'expliquer si oui ou non le malade a offensé un membre de sa communauté pour que celui-ci puisse reconnaître son agresseur (Fassin, 1990 : 14). Par la suite, les médicaments viennent en appui aux rituels effectués pour soulager le patient. Les guérisseurs présentaient une variété de remèdes en poudre, en soupe, en solution buvable, en pommade pour ne citer que ceux-là.

Pour la posologie du médicament, les modes d'administration les plus utilisés sont les voies orale, dermique, nasale et auriculaire. Les médicaments utilisés par les guérisseurs sont à majorité constitués de plantes qui montrent le caractère traditionnel de la médecine. Les trois (3) symptômes du paludisme (la phase de frisson qui s'accompagne de mal de tête, les vomissements puis la fièvre) sont les différents maux que le guérisseur s'efforçait de guérir. Après la consommation d'infusion à base de plante, les fièvres observées chez le malade sont atténuées. Plusieurs plantes interviennent dans la préparation de cette



tisane. La première infusion est celle faite à partir des feuilles de moringa dont la prise d'une bonne quantité permet de faire tomber la fièvre. Pour le bain, il est ajouté l'infusion des feuilles de l'huile de palme servant de fébrifuge pendant 24h.

Les feuilles de *kiakelib* ou *guinguelib* font aussi partie des plantes utilisées dans la thérapie du paludisme. Présente dans les zones chaudes d'Afrique et d'Asie, le combretum connu sous le nom de quiquelib serait une appellation d'origine peule. Contenant des composés phénoliques alcaloïdes comme la quinine, les acteurs de la médecine traditionnelle l'utilisent dans leurs pharmacopées. Le succès médical du guérisseur attribué à sa possession de pouvoir thérapeutique n'en provient pas. C'est en réalité la présence de ses composantes dans la plante qui permettent la chute de la fièvre. De nos propos, soulignons que l'emploi du présent de l'indicatif comme temps d'argumentation de cette partie se situe au niveau du mode thérapeutique perpétué en raison de nos cultures ante-coloniales. Ekanza (2005 : 117-118) illustre bien nos propos et affirme que

Devant la maladie, les sociétés étaient loin d'être désemparées. Une riche expérience, accumulée au cours des siècles, leur permettait de lutter contre toutes espèces de maladies. Les remèdes africains, habituellement à base de plantes, ont fourni dans le passé la preuve de leur efficacité. Loin de les étudier de près, le colonisateur dont l'attitude dans ce domaine comme ailleurs était faite de complexes, tenait dans le mépris la médecine traditionnelle.

Conclusion

En guise de conclusion, juger l'action sanitaire coloniale comme une implantation d'intérêt économique implique une instrumentalisation de la santé à des fins d'exploitation de la colonie. Cependant, avec tous ces corollaires, elle fit connaître le paludisme aux populations autochtones. La mise en place de structures sanitaires dans la colonie a été un élément plus ou moins catalyseur pour le suivi sanitaire de la maladie. Les mesures prises par les acteurs de la médecine moderne de 1908 à 1930, ont permis aux populations de se prémunir et d'avoir un traitement des symptômes de la maladie. Encreées dans leur tradition, les populations autochtones s'adonnaient également à la pratique d'une médecine qualifiée par le colonisateur de traditionnelle. Cependant, l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement des villes et villages qui ont porté des résultats pendant la période coloniale tend à disparaître de nos habitudes actuelles. L'utilisation des moustiquaires imprégnées comme moyen de prévention et le nouveau vaccin antipaludique R21/Matrix-M pour les enfants de 6 à 23 mois pourraient voiler la base de la prévention à savoir la destruction des gîtes larvaires du moustique responsable du paludisme.

L'abandon de certaines attitudes sanitaires pourrait donc être à l'origine de l'émergence ou à la réémergence de pathologies auxquelles les populations ont été confrontées à des siècles antérieures.

Sources et bibliographie

Sources d'archives

- ANCI, 2HH45, Rapport médical annuel de la colonie de Côte d'Ivoire dressé par le docteur Bouffard, 1924.
- ANCI, 2HH21, Rapport médical annuel de la colonie de Côte d'Ivoire dressé par le docteur Bouffard, 1925.
- ANCI, 2HH23, Correspondance et Circulaire relatifs à la distribution de quinine aux enfants métis, 1924-1925.
- ANCI, 3HH40, Campagne d'assainissement de la ville d'Aboisso, 1913-1915.
- ANCI, 3HH18, Correspondance et circulaire au sujet de l'hygiène et la salubrité des agglomérations européennes et indigènes : 1911-1919.
- « La Côte d'Ivoire : La politique alimentaire et l'assistance médicale », La dépêche coloniale, 28 juin 1923.

Bibliographie

- ADJA Akre Maurice et al, (2006), « Transmission vectorielle du paludisme en savane arborée à Ganse, en Côte d'Ivoire », *Médecine Tropicale*, n°66, pp.449-455.
- ALLOLOU Benjamin Kokou, (2006), « Assistance médicale indigène : action humanitaire ou œuvre utilitaire ? », *Revue du CAMES*, n°1, pp. 165-173.
- ASSANI Adjagbé, (2017), *La lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire : directives internationales et pratiques médicales (1948-1996)*, Thèse de doctorat en Histoire, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.
- AZONGNIBO Konan Rodolphe Mardochée, (2024), *Etude de la dynamique spatio-temporelle du paludisme en Côte d'Ivoire de 2015 à 2019*, Thèse de doctorat en Sciences de l'Homme et Société, Université Félix Houphouët Boigny.
- BAKAYOKO Nonama Rockya & BAMBA Mamadou, (2024), « L'offre de soins confessionnelle en Côte d'Ivoire d'hier à aujourd'hui », *AKIRI, Revue Scientifique des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations*, Numéro spécial, pp. 97-114.
- DOMERGUE Danielle Cloarec, (1986), *Politique coloniale française et réalité coloniale : l'exemple de la santé en Côte d'Ivoire 1905-1958*, Toulouse, Académie des Sciences d'Outre-Mer.
- DOMERGUE Danielle Cloarec, (1978), « Les Vingt premières années de l'action sanitaire en Côte d'Ivoire 1904-1925 », *Revue française d'Histoire d'outre-mer*, n°238, pp. 40-63.
- DOSSOU-YOVO Joel et al, (1998), « Impact d'aménagements de rizières sur la transmission du paludisme dans la Ville de Bouaké, Côte d'Ivoire », *Bull soc Pathol Exot*, n°91, pp. 327-333.



- EHOLIE Serge Paul et *al*, (2004), « Paludisme grave de l'adulte autochtone à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Bull soc Pathol Exot*, n°97, pp. 340-344.
- EKANZA Simon Pierre, (2005), *L'Afrique au temps des blancs : 1880-1939*, Abidjan, CERAP.
- FASSIN Didier, (1990), « Maladie et médecine », FASSIN Didier et JAFFRE Yannick, *Sociétés, développement et santé*, Paris, Les Éditions Ellipses, pp. 38-49.
- FEREZ Stanis, (2003), « Louis XIV et le quinquina », *Vesalius*, Tome IX, n°2, pp. 25-30.
- GASPARON Diana, « Petite histoire des Grandes Epidémies », *Société Belge d'Histoire de la Médecine*, <https://www.ulb.ac.be/ccs/docs/epidemies.doc>
- HACHIMI Sanni Yaya et ZE Albert, (2013), *Le fardeau socio-économique du paludisme en Afrique : une analyse économétrique*, Québec, Presses Université Laval.
- HENRY Marie-Claire et *al*, (2002), « Quel médicament pour traiter le paludisme simple quand la chloroquine devient inefficace dans l'Ouest de la Côte d'Ivoire », *Méd Trop*, n°62, pp. 55-57.
- HERAUT Louis-Armand, (2006), « La médecine militaire coloniale française : une aventure médicale de trois quarts de siècle (1890-1968) », *Histoire des sciences médicales*, n°4, pp. 381-392.
- LE BRAS Joël, (2016), « Quand les médecins coloniaux notaient le médecin-auxiliaire Félix Houphouët, futur président de la République de Côte d'Ivoire », *Asnom*, n°133, pp. 52-54.
- N'GUESSAN Kouamé et *al*. (2009), « Étude ethnopharmacologique de plantes antipaludiques utilisées en médecine traditionnelle chez les Abbey et Krobou d'Agboville (Côte d'Ivoire) », *Ethnopharmacologia*, n°44, pp. 42-50.
- NZEYIMANA Innocent et *al*, (2002), « Épidémiologie du paludisme dans le sud-ouest forestier de la Côte d'Ivoire (région de Taï) », *Bull soc Pathol Exot*, n°95, pp. 89-94.
- NZEYIMANA Innocent et *al*. (2006), « Nosologie populaire des maladies infantiles dans l'Ouest de la Côte-d'Ivoire. Implications pour le paludisme », *Bull Soc Pathol Exot*, n°2, pp. 129-134.
- PEUMERY Jean-Jacques, (1974), « Aristide Le Dantec (1877-1964) : créateur de l'école africaine de médecine », *Communication de la Société Française d'Histoire de la Médecine*, n°3, pp. 491-502.
- REINBERG Olivier, (2014), « Des Dieux et des Hommes : approches de la maladie en Afrique et en Europe », *Mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, n°13, pp. 75-84.
- SANGARE Drissa, (2003), *Étude de la prise en charge du paludisme par les thérapeutes traditionnels dans les aires de santé de Kendie (Bandiagara) et de Finkolo (Sikasso)*, Thèse de doctorat en Pharmacie, Université de Bamako.
- SERIE François, (1971), « Historique de la lutte contre les grandes endémies en Côte d'Ivoire », *Annale société belge médecine tropicale*, vol. 71, pp. 433-438.

- SOREL François, (1911), « Le paludisme à la Côte d'Ivoire », *Pathologie exotique*, n°2, pp. 188-190.
- SYLLA Youssouf, (2018), « Étude ethnobotanique des plantes utilisées contre le paludisme par les tradithérapeutes et herboristes dans le district d'Abidjan (Côte d'Ivoire) », *International Journal of Biological and Chemical Sciences*, n°12, pp. 1380-1400.
- VILLAMUR Roger et RICHAUD Léon, (1903), *Notre colonie de la Côte d'Ivoire*, Paris, Augustin Challamel.

Cahier De La Recherche Africaine

REVUE PLURIDISCIPLINAIRE : LETTRES, ARTS ET SCIENCES
HUMAINES

Université Omar Bongo



TOGETHER WE REACH THE GOAL

Revue indexée

Scientific Journal Impact Factor (SJIF)

<https://sjifactor.com/passport.php?id=23299>

Impact Factor : 5,338

Année 4 - N°6 - Jan-2026

**BP: 17004, Université Omar Bongo
Libreville (Gabon)**

revue.cra@revue-cra.com / cra.uob@gmail.com

www.revue-cra.com

**ISSN : 2958-5805 (E)
2958-5813 (P)**

**Tel : (+241) 077853540 / 066600380 /
(+33) 0647489781
gnkeditons.gab@gmail.com**



ISBN : 979-8-24155-548-9

