



## LA MÉDECINE TRADITIONNELLE À L'ÉPREUVE DE L'ADMINISTRATION COLONIALE EN CÔTE D'IVOIRE (1906-1960)

[Étapes de traitement de l'article]

Date de soumission : 21-05-2025 / Date de retour d'instruction : 05-06-2025 / Date de publication : 15-07-2025

**N'da KOUAKOU**

Université Alassane Ouattara Côte d'Ivoire  
[kouakounda0403@gmail.com](mailto:kouakounda0403@gmail.com)

&

**Atta Kouamé Jacob BRINDOUMI**

Université Alassane Ouattara Côte d'Ivoire  
[brindoumikouam@yahoo.fr](mailto:brindoumikouam@yahoo.fr)

### Résumé

À l'époque coloniale, deux types de médecine coexistent en Côte d'Ivoire. Le premier est la médecine traditionnelle, issue des savoirs ancestraux locaux. Tandis que le deuxième est la médecine moderne, introduite à partir de 1906 dans le contexte colonial, à travers l'assistance médicale indigène (AMI). Cet article analyse le concept local de la maladie, la prise en charge de la médecine traditionnelle qui diffère de celle de la médecine moderne et qui d'une certaine manière entrave le partage d'un même espace. L'interdiction de la médecine traditionnelle semble tirer ses origines d'une volonté impérialiste du colon pour certains. Par contre, pour d'autres, cela est lié à l'opposition des méthodes de prestation de service des deux types de médecine. Quoiqu'il en soit la médecine traditionnelle finit par être interdite et évolue clandestinement jusqu'à l'indépendance en 1960. Désormais elle résiste grâce à l'attachement des populations locales aux valeurs ancestrales.

À partir de l'approche systémique fondée essentiellement sur les sources d'archives coloniales et l'analyse des écrits de nos prédécesseurs sur la question, il ressort que de 1906 à 1960, la médecine traditionnelle a survécu face à la pression de son interdiction par l'administration coloniale, au profit de la médecine occidentale ou moderne.

**Mots-clés** : Médecine, maladie, tradition, colonisation, conception.

### Abstract

During the colonial era, two types of medicine coexisted in Côte d'Ivoire. The first was traditional medicine, derived from local ancestral knowledge. The second was modern medicine, introduced in 1906 in the colonial context through Indigenous Medical Assistance (AMI). This article analyzes the local concept of illness and the treatment of traditional medicine, which differs from that of modern medicine and, in some ways, hinders the sharing of the same space. The ban on traditional medicine seems to have its origins in the colonialist will of the colonizers, according to some. However, for others, it is linked to the opposing service delivery methods of the two types of medicine. Regardless, traditional medicine was eventually banned and evolved clandestinely until independence in 1960. It has since survived thanks to the local populations' attachment to ancestral values. Based on a systemic approach based

primarily on colonial archival sources and an analysis of our predecessors' writings on the subject, it emerges that from 1906 to 1960, traditional medicine survived the pressure of its prohibition by the colonial administration, in favor of Western or modern medicine.

**Keywords** : Medicine, illness, tradition, colonization, conception.

## Introduction

La Côte d'Ivoire est située dans une zone à la fois chaude et humide qui favorise la recrudescence de plusieurs maladies. Nous pouvons remémorer des fréquentes résurgences de fièvre jaune à Grand-Bassam qui obligeait l'administration coloniale à délocaliser la capitale à Adjamé-Santé (Bingerville) en 1900 (T.A. Zran, 2021, p. 25). Ou encore des résurgences périodiques de variole de 1904 à 1908, puis de 1914 à 1916, pendant les saisons sèches dans le Nord pour se propager dans plusieurs autres régions de la moyenne Côte d'Ivoire (D. Domergue-Cloarec, 1978, p. 50). À ces maladies, il faut ajouter le paludisme qui était la première cause de décès de la population blanche. Face à ces nombreuses crises endémo-épidémiques, la médecine traditionnelle ne restait pas en marge dans la recherche de thérapie adéquate pour freiner ce phénomène. Celle-ci emploie à la fois la méthode préventive et curative pour venir à bout de certaines pathologies. Ainsi, l'efficacité de cette méthode a suscité des sentiments de stupéfaction au sein de l'opinion coloniale française, au point où ils pensaient à une immunisation naturelle des populations locales. Jusqu'à ce qu'elle soit interdite c'est elle qui permettait à une grande majorité des populations de se soigner. En effet, pour les deux médecines qui se partageaient le territoire, « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 2003). Fondée sur les croyances et valeurs ancestrales, la médecine traditionnelle prend en compte à la fois le volet physique et métaphysique de l'individu, aussi bien que de son cadre de vie. Ainsi, le patient autochtone se tourne naturellement vers sa médecine originelle, au détriment de la médecine coloniale. De ce fait, d'un commun accord missionnaires et administration coloniale interdisent la médecine traditionnelle. On peut donc poser la question de savoir : Comment se présente l'évolution de la médecine traditionnelle, malgré toutes les entraves à sa progression, depuis l'introduction de l'AMI en 1906, jusqu'à l'accession à l'indépendance de la Côte d'Ivoire en 1960.

D'une manière générale cette étude met en avant la résilience de la médecine traditionnelle, face à toutes les tentatives coloniales pour sa disparition, de 1906 à 1960. Notre approche méthodologique repose essentiellement sur les sources écrites et orales. Les sources écrites sont composées de sources d'Archives Nationales et de quelques écrits de nos prédécesseurs. Des personnes ressources ont été également interrogées. Elles nous ont permis de percevoir les représentations et l'exécution de la politique sanitaire de la métropole. Ensuite, nous nous sommes servis des écrits antérieurs composés de revues et d'ouvrages. Ces écrits nous ont permis de déceler les perceptions locales de la maladie, de la médecine étrangère, de l'itinéraire thérapeutique des populations, des rapports entre praticiens locaux et européens. Le recoupement et l'analyse de cette documentation nous ont permis d'articuler cette étude en trois axes. Le premier s'intéresse à la prise en charge locale des pathologies



existantes, le second étudie les raisons qui ont pesés en sa défaveur, et le troisième présente l'interdiction des soins locaux.

### 1. Le procédé thérapeutique de la médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle est une médecine complète, considérant l'homme élément organique, vivant dans une société, ayant une interaction avec l'au-delà, dont son respect assure le meilleur équilibre d'une bonne santé. Tandis que le déséquilibre est synonyme de maladie. Cela dit, face aux maladies existentielles reconnues, la médecine traditionnelle ne restait pas sans agir, sans défense. Cette défense est le fruit de plusieurs siècles d'observations de la nature par la récupération des substances thérapeutiques essentielles transmises de génération en génération aux plus réceptifs. Face aux dangers pathologiques, la médecine traditionnelle réagissait de deux manières : la méthode préventive et curative. Mais avant, il importe de comprendre l'appréhension locale de la maladie, afin de cerner leur ligne de défense contre d'éventuelles maladies.

#### 1.1 La conception locale de la maladie et les praticiens

Les africains se sont depuis toujours soignés localement, à travers les plantes, par l'intermédiaire du guérisseur, et cette médecine avait une conception plus ou moins différente de la médecine moderne. Avec la conception locale de la maladie, seule la médecine traditionnelle africaine ne pouvait que donner satisfaction, à travers sa vision magicoreligieuse. Elle « *considère l'homme corps et âme comme un tout relié au monde visible et invisible* » (M. Duponchel, 1975, p. 72) converge avec la pensée locale et fait d'elle une médecine complète, acceptée de la majorité.

Pour elle, l'individu est un être à part entière composé de corps et d'âme vivant dans une société dont l'altération de l'un pourrait avoir des conséquences sur l'autre. D'où la nécessité que cette prise en charge soit composite. Selon Joseph Kerharo cette médecine est plus axée sur des maladies exogènes dont elle a une expérience panoramique, pendant que la notion de pathologie endogène se trouve être sommative (D. Domergue-Cloarec, 1986, p. 31). Ceci étant, soigner l'un en négligeant l'autre serait une guérison temporaire ou incomplète. Pour M. N'guessan (2016, p. 253) il en est ainsi parce que la médecine et la religion sont des entités sociales qui se préoccupent de tout ce qui hante l'humanité depuis ses origines. La communion ces deux institutions est essentielle pour mieux répondre à la survie de l'espèce humaine.

Il en est de même pour la médecine et la pharmacopée qui sont très souvent associées en Afrique (J. Kerharo, 1975, p. 32). Le praticien qui administre les soins, confectionne lui-même ses remèdes, tout en usant des méthodes socioculturelles et religieuses. La médecine traditionnelle prend en compte des paramètres socioculturels et des conditions économiques dans son processus de prise en charge. Elle a une observation différente de la médecine officielle. C'est pourquoi elle considère la partie abdominale de l'être humain comme l'épicentre des maladies inconnues (D. Domergue-Cloarec, 1986, p. 32). L'on pourrait observer quelques confusions dans l'interprétation de certains symptômes mais dans l'ensemble peut de maladies échappent à son observation, comme nous laissait entendre notre interlocuteur Daniel Ano<sup>46</sup>.

Cette médecine ancestrale fait appel en général aux croyances ancestrales, à travers la prestation des initiés ou devins.

---

<sup>46</sup> Entretien avec le phytothérapeute Daniel Ano, Thèmes abordés : la fonction de phytothérapeute et soins.

Quoiqu'il en soit en Afrique :

Les institutions qui prennent en charge la maladie sont tout à la fois religieuses, politiques et thérapeutiques; elles recouvrent un champ de compétences et de fonctions (devin, clairvoyant, antisorcier, féticheur, prêtre de culte) qui subordonnent l'efficacité thérapeutique à une efficacité plus large, mettant en jeu des puissances tutélaires, des structures normatives et symboliques des rapports de forces et de pouvoirs. (J-P. Dozon, 1987, p. 14).

Les directives de ces praticiens locaux sont en général très attendues par toute une communauté en quête d'un mieux-être. Car pour eux cela provient d'une origine divine. J. Janzen (1995, p. 242) dépeint cela par ces mots : « *le savoir de devin bien inspiré pour résoudre un conflit et calmer l'anxiété est remarquable. Beaucoup de gens recherchent leurs conseils.* ».

Les praticiens de la médecine traditionnelle reçoivent leur vocation par trois procédés. Le premier est une prédestination depuis le sein maternel. Le second est lié à une révélation faite à un guérisseur à la recherche d'un remède naturel contre certaines pathologies. Le troisième procédé est lié à l'initiation. À ce propos J-P Bado (1999, p. 255) révèle que « *l'univers est un champ de forces invisibles dont dépend la destinée humaine. Avant de naître dans le monde des vivants chaque être humain a été en contact avec des forces qui influent sur son caractère moral et son destin (...)* ». Ces praticiens de pure souche prétendent être guidés par les esprits lors des séances de prises en charges. Certains prétendent l'avoir reçu sous forme de dons et d'autres à l'issue d'un long processus d'apprentissage. Cet apprentissage se caractérise par une observation de la nature à travers l'utilisation des plantes médicinales, ainsi que la transmission des connaissances thérapeutiques acquises depuis plusieurs années par un spécialiste. Un processus d'apprentissage lent dans le temps parce qu'il requiert plusieurs compétences à la fois; l'interprétation des mythes et des symboles, la maîtrise de la danse, le verbe aussi bien que l'usage des substances végétales, animales ou encore minérales<sup>47</sup>. Dans l'ensemble, il existe trois formes de transmissions des pouvoirs du praticien traditionnel : l'hérédité, la transcendance et la formation (H. Memel-Foté (S/D), 1998, pp. 34-42). Dans certains cas peu probables les trois formes de transmission peuvent être combinées en un seul individu.

Les spécialistes de la médecine locale présents sont : le guérisseur, le féticheur, le sorcier, l'herboriste, le rebouteur et l'accoucheuse traditionnelle. Parmi eux le sorcier est présenté souvent comme une puissance maléfique, un jeteur de sort, un mangeur d'âme. Un spécialiste maléfique dont la formation durerait sept années chapotées par sept victimes à la suite des quelles il serait désormais en possession de toutes ses facultés de nuisances (M. Sankalé, 1969, p. 19).

Mais, selon A. Dim (1934, p. 11), le sorcier serait également un guérisseur et Djéhi Gouaméné corrobore ses propos « *jadis, la sorcellerie était une valeur; le sorcier était assuré d'un certain prestige (...) de nos jours la religion et les gens (...) qui sont allés loin à l'école ont jeté le discrédit sur les sorciers. Du coup, ils se cachent (...)* » (J. Tchéro, 2014, p. 129). À en déduire que tout dépend de sa moralité, de comment il use ses compétences et ses forces. Quoiqu'il en soit, quel que soit le spécialiste sa moralité est un élément clé dans l'exercice de sa fonction et de son influence sur sa clientèle. De ce fait, un

---

<sup>47</sup> Entretien avec J-F Kouadio, *Kômbian* (vaticinateur), Thèmes abordés : le rôle traditionnel d'un *Kômbian* et son apport en zone urbaine.



spécialiste peut et/ou non avoir un double rôle; maléfique comme bénéfique (J-P. Dozon, 1985, pp. 125-129). Mais en général, certains de ces spécialistes représentent à la fois le guérisseur, le guide spirituel chargé de protéger la communauté contre d'éventuelles calamités. La majorité de ces spécialistes étaient originaires de la zone dans laquelle ils exercent; cela dit, ils partageaient les mêmes valeurs culturelles que ceux qu'ils soignaient. En d'autres termes ceux dont « nous considérons comme des connaissances empiriques en ce qui concerne les médicaments et les maladies étaient appréciées par leurs contemporains qui leurs restaient fidèles » (J-P. Bado (S/D), 2006, p. 36). Surtout que déjà certains peuples du Nord étaient connus pour ne pas fréquenter régulièrement les hôpitaux, pour la simple raison qu'ils n'ont pas confiance en la médecine européenne. Ils préfèrent s'adresser au *Tildare*<sup>48</sup> (H. Memel-Fotê, 1999, p. 384) ou *Welefollo*<sup>49</sup> (H. Memel-Fotê (S/D), 1998, p. 33), en qui, ils vouent une confiance absolue. Dont les décisions étaient prises pour parole d'évangile.

On pouvait estimer ces spécialistes à des milliers si on tient compte du fait que chaque communauté ou clan en possédait. Ils étaient les détenteurs du savoir médical; ils prévenaient et guérissaient les maux à leurs manières et selon leurs niveaux de connaissances. De ce fait, on ne peut faire une représentation de la thérapie sans les évoquer.

### 1.2 La prévention locale contre la pathologie

La prévention locale fait allusion ici à toutes sortes de procédés permettant aux populations de l'époque de se prémunir contre d'éventuelles maladies ou sortilèges manifestés qui pourront altérer la santé de l'individu ou de la communauté. A des exceptions près elle se résume à la bonne conduite de l'individu et de la communauté qui assure l'équilibre des éléments et donc gage de prospérité, de joie, et de longévité (A.Y. Angaté, 2004, p. 63). En général cette protection est l'œuvre du féticheur qui est à la fois prêtre, médecin, éducateur et devin dont le rôle est de protéger la communauté contre les manœuvres macabres du sorcier maléfique (M. Sankalé, 1969, p. 21). Il est aussi l'intermédiaire entre la communauté et les génies, les ancêtres, l'interprète par excellence doté des facultés lui permettant de voir l'invisible, de voir l'avenir, d'interpréter les rêves. Il use de ces nombreuses facultés pour créer une barrière de protection autour de la communauté ou de l'individu dans l'objectif d'éloigner toutes sortes de manœuvres mal intentionnées. La prévention dans la médecine locale est de deux sortes : spirituelle et organique que ce soit d'ordre individuel comme communautaire.

Pour ce qui est du ressort de la prévention spirituelle ; chez bon nombres de peuple Akan des séances de purifications sont faites avant certaines grandes cérémonies. C'est un composé d'argile, d'eau et de feuille donnant une couleur blanche ou beige dont on asperge sur les différents constituants du village. Ce procédé est fait dans un objectif de préserver la communauté d'éventuels fléaux qui parfois viennent avec des personnes conviées. Des cas exceptionnels comme un début d'épidémie, cette forme de prévention est initiée. C'est une purification générale avec de les éléments naturels bénits.

<sup>48</sup> *Tildare* signifie devin-guérisseur en Lobi ; une ethnie située au Nord-Est de la Côte d'Ivoire.

<sup>49</sup> *Welefollo* qui veut dire devin en Senoufo, une autre ethnie originaire du Burkina Faso dont on trouve dans le Nord de la Côte d'Ivoire.

Dans les sociétés initiatiques l'on devint un véritable homme qu'après un séjour dans le « bois sacré ». Séjour où il est formé et éduqué selon les us et coutumes (M. Sankalé, 1969, p. 21), où il apprend également à se protéger mystiquement contre les forces maléfiques qui tenteront à sa vie. Ces protections spirituelles sont perceptibles dans le milieu des sociétés à rites initiatiques telles que le *poro* chez les Sénoufo, le *dyoro* chez les Lobi au Nord (P. Kipré, 2005, p. 281).

Parfois ce sont des amulettes de protection nommées communément « gris-gris » en Afrique Occidentale Française (AOF)<sup>50</sup>. Ces amulettes sont de toutes sortes portées sur les membres, au cou, autour de la taille. En plus d'être une protection contre les maladies et sortilèges pour le porteur, certaines protègent contre les piqûres de reptiles, attaques des félins. Elles donneraient la richesse, la fécondité, l'amour, et même les gibiers à la chasse (M. Sankalé, 1969, p. 26). Etant constamment en contact avec son milieu physique les animaux représentent un danger dont il fallait également se préserver. Il semblerait que la majeure partie de ces amulettes sont l'œuvre de certains marabouts dont la grande partie dans le Nord dans des grandes villes islamiques de l'époque. Il semble également que l'islam a renforcé la croyance en ces amulettes. Initialement faites en langue locale les incantations sont faites en Arabe et le coran la référence. Car comme le disait Marc Sankalé (1969, p. 27) :

La religion se dissocie alors difficilement de la médecine. Le « marabout » devient guérisseur, mais aussi le féticheur le « marabout » puisqu'il conjure le mauvais sort, responsable de la maladie (...). Rares sont les musulmans africains dont les sous-vêtements n'abritent pas quelques amulettes.

Ainsi l'un des procédés thérapeutiques musulmans consistait à écrire des versets coraniques sur une tablette, l'effacer avec de l'eau. L'eau « *nassigui* » obtenue est donnée au malade pour se frotter le corps et à boire (H. Memel-Fotê (S/D), 1998, p. 75).

En pays Akan ce rôle est l'apanage du *komian* (vaticinatrice, prophétesses) ou du praticien traditionnel. Ici il a un rôle à la fois curatif et préventif. A l'aide de ses compétences divinatoires et thérapeutiques, il indique des remèdes, fait faire des sacrifices ou des amulettes de protections quand nécessaire. Il avertit les épidémies et d'éventuels mauvais sort en approche. Ainsi il permet de renouveler la protection communautaire pour mieux faire face au danger (J-P. Eschlimann, 1985, pp. 189-190). L'ensemble accompagné d'une sorte d'incantation du féticheur ou du marabout, de sacrifices et d'interdits. Il leur arrive de faire parfois des séances d'exorcisme. Comme nous le révélait François Kouadio « *il m'arrive de délivrer des gens d'un mauvais ou d'un génie* »<sup>51</sup>. Avec lui on a pu observer les multiples fonctions d'un vaticinateur au sein d'une communauté.

Des formes de protection où l'individu serait né dans des circonstances pas commodes avec des attitudes inhabituelles qui font office de protection contre d'éventuelles maladies et dangers. Il n'est pas nécessaire pour lui de porter une amulette parce qu'il serait immunisé de naissance, et Porterait un nom en reconnaissance de l'ancêtre ou du génie donateur (A. Delobsom, 1934, p. 137). Et parfois au besoin ce dernier l'habite.

<sup>50</sup> L'Afrique Occidentale Française (AOF) est un ensemble de territoire fédéré Français situé en Afrique entre 1895 et 1958 comprenant la Côte d'Ivoire, le Dahomey (le Bénin), la Guinée, la Haute-Volta (Burkina Faso), la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Soudan dont la capitale se trouvait à Dakar.

<sup>51</sup> Entretien réalisé avec J-F Kouadio, *Op.Cit.*,



Ce processus observable par la transe, la convulsion de l'être habité au début. La convulsion et la transe sont en général synonyme de la manifestation d'un être surnaturel ou externe<sup>52</sup>.

La prévention organique était aussi de mise par le suivi des grossesses par les matrones communautaires (ou accoucheuses traditionnelles), à la prise de substances censées faciliter l'accouchement. De réduire au maximum les risques de complication d'au long du processus. La prise régulière de décoction permettant de renforcer le système immunitaire pour mieux faire face à d'éventuelles malaises<sup>53</sup>. La gestion des problèmes d'impuissances et de virilités. Dans les faits, il s'agissait de brûler du contenu végétal ou parfois animal mélangé la poudre obtenue au beurre, inciser<sup>54</sup> les parties stratégiques telles que le nerf, l'articulation et autres parties selon la préoccupation et on l'applique.

La société africaine avait également connaissance de méthode protectionniste jugé parfois extrémiste comme l'euthanasie. En effet, dans la conception africaine la communauté est antérieure à l'individu car la personne naît dans la société, y grandit avec la conscience communautaire. L'altération de la santé d'un individu qui pourrait représenter un danger pour la communauté est un frein pour l'épanouissement social. La communauté représentée par les personnes âgées, décide donc du sort du malade pour préserver le bien être communautaire (M. Kouassi, 2011, pp. 50-51). Ainsi l'individu n'a pas son mot à dire, à moins qu'il fasse signe d'une amélioration allant dans le sens de la guérison. Si c'est une maladie de longue date on stoppe le traitement, on entame des techniques pour accélérer la mort de ce dernier, à travers les plantes connues pour leurs effets toxiques (M. Kouassi, 2011, p. 50). Dans d'autres cas on le coupe de toute assistance ou parfois on l'envoie dans la forêt sacrée, dit-on continuer les soins dans le cas où sa présence indisposerait la communauté. Ou s'il souffre d'une maladie infectieuse grave à un stade avancé. Cette technique en plus de préserver l'intégrité de l'être humain, elle permet de mettre la communauté à l'abri de certaines maladies dites contagieuses. En effet, une maladie contagieuse à partir d'un individu pouvait contaminer la famille et ensuite le reste de la communauté si on n'y prend pas garde. Donc lorsque le mal est vite constaté l'unique solution est d'isoler le malade après l'échec des prises en charge du thérapeute ou de ses différents diagnostics. Il en est de même pour les enfants nés avec des anomalies dont pour conserver le secret dit-on qu'ils sont mort-nés. J-P. Eschlimann (1982, pp. 125-126) pouvait l'exprimer en ces mots :

Dès son entrée dans le monde, le bébé peut présenter des signes évidents de non humanité (...) tous ces vices congénitaux indiquent que l'être qui vient d'arriver dans la société des hommes n'est pas un membre de celle-ci (...) l'attitude du groupe est alors sans équivoque (...) on tue immédiatement ces petits monstres, en les plongeant dans un canari rempli d'eau jusqu'à ce que mort s'en suive.

Pour la société Agni bona en les inhumant avec leur reste c'est une manière de leur accorder une chance de poursuivre leur croissance et de revenir s'il le souhaite. Pour eux, cela ne constitue pas un délit car ils ne font que restituer à la nature sa créature

---

<sup>52</sup> Ibidem.

<sup>53</sup> Entretien réalisé avec K. Djarassouba, accoucheuse traditionnelle, thème abordé : la place d'une accoucheuse traditionnelle au sein de la communauté villageoise.

<sup>54</sup> En général les incisions tiennent compte du genre du patient : 3 fois pour les hommes et 4 fois pour les femmes

qui se serait trompée d'univers (J-P. Eschlimann, 1982, p. 126). Elle redoutait tout ce qui pouvait porter flanc à la moquerie comme certains traits distinctifs déviants. Ces pratiques empiriques font partie des nombreuses facettes de cette médecine ancienne complexe.

Face aux multiples dangers dont étaient confrontés l'ivoirien des temps anciens fait usage de nombreuses méthodes empirico-métaphysiques pour éloigner la maladie. Au regard de ce qui précède il faut comprendre que pour l'africain son milieu bonde de force visible et invisible dont il pourrait tirer l'essentiel pour se soustraire de la maladie, maintenir sa santé, obtenir des avantages au quotidien et de se préserver contre les forces obscures. Protéger la communauté devient donc un idéal quant à réduire les individualités. On pourrait comprendre ici que l'essentiel est fait autour de l'intérêt de la communauté et le reste ensuite.

### 1.3 Le procédé curatif local

Il serait présomptueux de prétendre, connaître et exposer ici toutes les connaissances empiriques médicales ayant permis aux locaux de pérenniser les différentes générations jusqu'à cette période. Il s'agit d'exposer d'une manière générale quelques pratiques médicales locale de l'époque une fois atteinte d'une maladie.

« La santé, pour l'homme, est une chose naturelle, la maladie est une chose antinaturelle, le corps en jouit aussi naturel que le poumon de l'air et l'œil de la lumière » (S. Zweig, 2005, p. 7). Il est donc logique que l'altération de celle-ci suscite des inquiétudes. Depuis des siècles l'africain a appris à ses dépens, en s'adaptant à son environnement pour en tirer l'essentiel pour sa survie. De fait, dès le bas âge on apprend à l'ivoirien à mieux lutter contre la maladie, à apprécier la joie de vivre avec tout ce qui va avec (A.Y. Angaté (S/D), 2004, p. 55). Par conséquent, conscient que son environnement est constitué du visible et de l'invisible il s'en sert pour sauvegarder sa santé. Ces différentes méthodes se caractérisent par l'usage d'éléments naturels (végétal, animal, minéral), chirurgical et métaphysique (appel à l'aide du divin, du génie ou des ancêtres). Ces différentes méthodes d'applications sont faites simultanément ou combinées quand nécessaire. Les formes d'administration médicamenteuses sont nombreuses. Nous pouvons citer entre autres par boisson, gouttes dans l'œil et l'oreille, absorptions nasales, fumigation, purgation, bain de vapeur, de massage (M. Koffi, 2015, p. 78). Lors de l'élaboration des médicaments certains facteurs comme le genre, la religion du malade et de la maladie sont prisent en compte. Pour les dysfonctionnements sur la peau on utilisait des plantes pour frotter et enlever les peaux mortes puis une fois la plaie ouverte on administre des décoctions diverses pour éliminer les microbes (J. Kerharo et A. Bouquet, 1949, pp. 62-63). Méthode appliquée pour lutter contre la lèpre et autres affections corporelles. Ainsi on pourrait citer entre autres : des décoctions amères (quinquina ou caïlcédrat) pour venir à bout du paludisme, graine de tamarin pour la blennorragie, les feuilles de papayer contre les hépatites bilieuses.

Les actes chirurgicaux sont présents et connus dans la médecine traditionnelle. Ils se présentent sous trois formes dont le premier cas par le touché la mise en place d'une articulation sortie de sa cavité, rectifier des déformations par le massage. Le second cas c'est de la chirurgie occasionnelle comme le traitement de fracture, d'autres qui consistent à faire des sections pour extraire une anomalie ou une simple couche : arracher des dents, faire des excisions, circoncisions, des accouchements difficiles. Et



le troisième cas requiert de l'assistance spirituelle, où le féticheur use de son « *œil au front* »<sup>55</sup> (J. Tchéro, 2013, p. 48) pour détecter le mal ; dit-on pour soustraire un objet métallique (une flèche, une pointe) ou tous autres objets ayant atteint l'âme de l'individu.

La pratique de la thérapie individuelle et/ou communautaire est l'une des pratiques de prédilection de cette médecine ancienne locale. Lors de la recherche des solutions aux problèmes il y'avait parfois des séances de concertations entre le concerné et le reste de la communauté sous la supervision du féticheur. Cette thérapie consiste à se confier, se confesser. Le souffrant ; une offense qu'il aurait fait à un membre de la communauté, une dérive qui aurait suscité la colère d'une divinité ou d'un membre de la communauté. Et à la communauté des reproches au malade, si elle était responsable de son malaise. A savoir si elle est victime, coupable, bénéficiaire ou si elle pourrait aider à trouver un remède. Condition nécessaire à la guérison de l'individu il arrive parfois qu'un malade soit renvoyé chez lui sans traitement adéquat en l'absence d'un membre de la famille (M. Dorès, 1981, p. 45). Cette thérapie qu'elle soit individuelle ou collective sa bonne marche est conditionnée par la véracité des dires censée permettre au souffrant d'améliorer sa santé. Ici le féticheur joue le rôle de psychologue, à l'écoute de ses patients. Ses séances de confessions peuvent prendre plusieurs heures voire des jours, si le malade ne recouvre pas la santé, du moins si sa situation ne s'améliore pas dans ce sens signifierait n'y aurait pas eu suffisamment de sincérité dans les séances de confessions.

de toutes façons, les temps de la guérison restent les mêmes : implorer le pardon des esprits, neutraliser l'esprit hostile ou le sorcier malveillant et réparer le dommage causé par la faute initiale. Savoir trouver l'esprit offensé n'est pas toujours aisé (...) c'est une authentique mobilisation sacerdotale et toute une liturgie précise que suppose la thérapeutique. (M. Sankalé, 1969, p. 28).

Les troubles mentaux ou du comportement sont des preuves d'atteintes maléfiques selon les représentations traditionnelles africaines. Dit-on la folie est un signe qui ne trompe (M. Sankalé, 1969, p. 19). Pour cette médecine la folie est l'éloignement du corps de l'âme et cette pathologie requiert des soins spéciaux pour le ramener à sa position initiale. Et en général pour la résolution de dysfonctionnement le tradipraticien use de ses qualités surnaturelles soit pour chasser l'esprit ou pour réparer un tort qui se solde par un sacrifice.

Le syncrétisme religieux dont l'une des plus grandes figures fut le libérien William Wade Harris a eu un rôle à jouer dans cette lutte contre la maladie. En effet, vers 1914 le mouvement Harris soigne avec ses méthodes, qui allient pratiques chrétiennes et africaines (M. Sankalé, 1969, p. 23). On constate l'émergence des camps de prières où on délivrait le sorcier une gangrène de cette société, à l'origine de plusieurs maladies. Le néo-chrétien divulgue la bonne parole faisant état de la présence d'une religion purement africaine non colonialiste. Certains malades affluent un peu de partout pour le Sud ; dans ces camps, dans l'intention de recouvrer la santé. L'un des plus célèbres fut le camp du village Brègbo du prophète Albert Atcho, dont la méthode thérapeutique était fondée sur sa foi chrétienne et la pharmacopée locale (A. Y. Angaté (S/D), 2004, p. 51).

---

<sup>55</sup> Cette faculté leur permet de voir l'invisible, de converser avec ces entités et de transcrire leurs intentions. Certains parleront du « *troisième œil* ».

Comme nous pouvons le remarquer cette médecine prend en compte plusieurs éléments de la prise en charge. Des soins proprement dits, aux prévalences, en prenant en compte des aspirations socio-économiques des populations. Mais comme nous pouvons également le constater ces qualités ne suffisent pour éradiquer les maladies de la colonie. De plus elle doit faire face aux religieux et à l'administration coloniale qui l'ont en quelque sorte dans leur ligne de mire.

## **2. Les raisons de l'interdiction de la médecine traditionnelle par l'administration coloniale (1906 - 1953)**

L'interdiction de la médecine traditionnelle fut un processus lent dans le temps qui fait suite à la conjugaison de plusieurs événements. En plus du milieu physique, les conceptions locales étaient considérées comme des facteurs de propagations des différentes pathologies. Ainsi leurs habitudes et leurs diagnostics approximatifs des maladies étaient ciblés l'administration et les missionnaires catholiques.

### **2.1 Les habitudes locales facteurs de propagation de maladie**

Il est question de certaines conceptions et pratiques essentiellement locales qui ont favorisé la propagation de différentes pathologies sur le territoire. On pourrait mettre en avant les stéréotypes et les comportements à caractère culturels du quotidien observés qui ont favorisé la propagation de certaines pathologies. Les stéréotypes ici sont des croyances populaires plus ou moins inexacts ou raisonnées. Par exemple nous pouvons citer entre autres : uriner contre le vent provoquerait la blennorragie, uriner debout donnerait des maux de ventre, faire tenir une natte enroulée ferait naître toutes sortes de maladies et la syphilis serait héréditaire (M. Sankalé, 1969, p. 20). Un dysfonctionnement buccal est synonyme d'une parole déplacée envers une personne plus âgée et le port d'amulettes censées être la panacée contre certains problèmes de santé. Bien attendu à ces différents torts la solution serait l'éviction de ces comportements déplacés ou la réparation des torts dans le cas échéant. Et donc la solution n'est pas une prise en charge physique; c'est une solution morale ou spirituelle.

La société africaine a une représentation plus large de la maladie. Pour elle la maladie en plus d'être organique (ou physique) est également métaphysique et sociale (A. Y. Angaté (S/D), 2004, p. 55). D'abord organique, faisant allusion aux maux physiques, naturels perceptibles par la dégradation de la santé du sujet, qui d'un point de vue local se trouve être la dernière partie du processus morbide de l'individu. Ensuite métaphysique dans la mesure où elle a une interprétation religieuse des causes et fait également appel aux puissances surnaturelles pour une recherche de solution, de traitement adéquat (J-P Bado, 1999, p. 248). Et enfin sociale dans la mesure où dès l'instant qu'une communauté respire la santé c'est une preuve de bonne conduite; du respect des normes sociales préétablies. Dont sa consolidation et son équilibre est conditionnée par la bienveillance morale de ses constituants afin d'éviter un blâme divin, une punition ancestrale ou d'un sortilège des sorciers. Selon cette conception plus votre maladie est répandue, connue de tous plus vous avez plus de chance de retrouver la guérison. Sachant que la vie et la mort étant l'apanage de tous ou le destin certain de tout homme, il revient à chacun d'apporter son assistance à autrui en attendant son tour. Cela pourrait justifier les principes de solidarité, d'hospitalité malgré la situation de précarité existante dans cette société. Cependant il peut se



produire l'effet contraire car l'apparition d'une maladie est la preuve de la transgression d'une norme sociale. Cela dit l'individu n'est pas fréquentable. Dans ce cas il est laissé pour compte, limité à l'assistance familiale. Pour cette société, vivre c'est être en communication et en relation harmonieuse avec son environnement, l'inverse pourrait avoir des répercussions sur la santé (A. Y. Angaté (S/D), 2004, pp. 68-69). Or cette vie communautaire est parfois à l'origine de la propagation rapide certaines pathologies. De sorte que toute une communauté pouvait être atteinte avant qu'on y prenne garde.

La parturiente était souvent soumise à certains interdits alimentaires (poissons, gibiers, œufs), freins au développement du fœtus parce qu'il arrive que ce sont des aliments les plus protéinés à leurs portés (A. K. Benjamin, 2006, p. 69). Dans un sens plus large ces interdits s'appliquaient également aux personnes dites fragiles enfants en cours de sevrage, femmes indisposées, filles pubères et malades de toutes sortes (G. Igor De, 1980, p. 138). Nous avons en occurrence l'interdiction de la viande à l'enfant pour lui éviter la gourmandise, ou encore des œufs pour éviter qu'il tarde à parler ou à marcher et l'interdiction du lait à la femme enceinte afin d'éviter un accouchement difficile.

Comme agissement dangereuse des populations, il y'avait l'excision et la circoncision, les marques tribales qui se trouvent être des étapes difficilement vécues, qui pouvait causer des infections et pour certains provoquer la mort (A. K. Benjamin, 2006, p. 69). Lors que ces pratiques ne sont pas faites avec la manière, dans de bonnes dispositions. En plus de causer des dommages psychologiques pourrait propager certaines infections.

À ajouter le fait que selon les différentes conceptions locales de la maladie, la médecine moderne ne peut prendre en charge que la partie physique. Qui se trouve être la dernière partie de la prophylaxie lorsque ces trois éléments enregistrés sont réunis et que la prise en charge n'est pas faite de façon simultanée. De ce point de vue, la médecine occidentale ne peut répondre efficacement aux préoccupations sanitaires des populations locales. De plus, la prise en charge biologique étant la dernière partie de la prophylaxie locale au moment de se rendre dans un centre de santé la maladie se trouve à un niveau avancé. Autrement dit l'interprétation magico-religieuse empêche le patient de se rendre directement dans un centre de santé dès l'apparition des premiers symptômes; car il veut d'abord l'avis du praticien local. Même quand les preuves biologiques de la maladie sont apparentes. Ce comportement pourrait retarder ou entraver la prise en charge du mal.

À ces différents comportements le tradipraticien est tenu pour responsable de l'éloignement des patients des centres de santé moderne et également de la persistance, de la diffusion de ces pensées locales, de certaines maladies.

## **2.2 Un diagnostic approximatif des pathologies**

Il faut signifier également la méconnaissance de certaines des pathologies présentes et de l'application d'une prophylaxie adéquate. En effet, les agents pathogènes et les agents vecteurs de nombreuses maladies étaient parfois mal connues des populations. C'était le cas des maladies telles que la lèpre, la fièvre jaune, la maladie du sommeil, l'onchocercose, du pian, du paludisme, de plusieurs maladies infantiles (J-P Bado (S/D), 2006, p. 31). Comment se préserver contre des maladies dont on n'a pas connaissances des différents modes de transmissions et de leur

fonctionnement ? résoudre cette équation semble moins épineuse que comprendre que parmi elles, certaines sont porteuses des infections mais ne font pas encore la maladie. Que faire dans une société africaine, à tradition agropastorale qui n'a pas intérêt à s'éloigner de son environnement (cours d'eaux, forêt, animaux, ressources humaines) dont elle tire sa substance et qu'on lui demande de s'en éloigner ou de s'en débarrasser. Parce qu'elle serait la source de certaines maladies. Pour celle qui accepte de s'en débarrasser s'exposerait à un grand risque de sous-nutrition. Face à ces difficultés appliquer la bonne méthode prophylactique sous-entendrait la prise en compte des nombreuses contraintes des populations.

Le Nord du pays plus peuplé représentait un pôle important du commerce interne, de fait, afin d'éviter les restrictions commerciales certains malades étaient cachés (D. Domergue-Cloarec, 1986, p. 146). Le peuplement de la zone fait qu'elle était la cible des recrutements militaires et des chercheurs de mains d'œuvres. De plus c'est une zone commerciale constamment en mouvement où la distillation des maladies pestilentielles se faisaient facilement à en croire par la présence constante de la variole. Il était difficile pour les populations locales de comprendre que certaines connaissances déjà soignées, censées être immunisées décédaient et plus incompréhensible encore que faire face aux décès des européens malgré la prise de la quinine qui devait les guérir ? autant de questions que pouvaient se poser les populations peu réticentes ou encore réfractaire à la cause coloniale. La quasi-totalité d'entre eux ne pouvait recevoir des réponses satisfaisantes à ces interrogations. Parce qu'au vu des fréquentes erreurs qui pouvaient se produire, la grande majorité des praticiens auxiliaires qui les prodiguaient les soins non plus, ne savaient et ne pouvaient répondre. Assez avait plus connaissance du terrain, une capacité d'adaptation en tout état, plutôt qu'une connaissance poussée théorique.

Même les populations qui voulaient s'y aventurer à cause de cette pléthore de maladie dont elles faisaient face, rencontraient des difficultés qui les dissuadaient ou du moins réduisaient leurs ardeurs. De ces contraintes nous pouvons citer entre autres l'éloignement des centres de santé de leurs lieux d'habitations, l'ambiance dans les centres de santé qui allaient à l'encontre de leur quotidien et pire l'utilisation des mesures de « *contrainte persuasive* »<sup>56</sup> pour les forcer à s'y rendre. Et surtout sur le fait que la majorité des centres de santé jusqu'en 1947 étaient construits à base de matériel local. Il nécessitait des travaux de réhabilitation régulièrement par conséquent plusieurs étaient en mauvais état (Z. Semi-Bi, 1981, p. 348). Plusieurs personnes s'y rendaient parce qu'elles se sentaient obligées. De ce fait, la loi du 07 Mai 1946 qui offrait citoyenneté aux « anciens sujets indigènes » une certaine liberté, fait chuter le taux fréquentation des centres de santé. En effet, S'estimant être désormais libre ; affranchit de toutes mesures persuasives elles se donnent le droit de se soigner là où elles le souhaitent. Les populations sont désormais très hostiles aux rassemblements sanitaires et deviennent inhospitalière aux agents de santé. Cette situation durera jusqu'au début des années 1950.

---

<sup>56</sup> Cette mesure persuasive consistait à recenser les personnes nécessitant des soins, qui devaient respecter un rendez-vous au centre de santé à une date ultérieure. Cette liste est communiquée au chef et rendu à l'administration locale. Si le concerné est absent au rendez-vous le responsable de famille et le chef de village subissent des punitions corporelles. Dans le cadre des femmes enceintes c'est le conjoint et le chef de village en cas d'absence.



Au niveau de l'hygiène, le village est propre ou mal entretenu, selon la conception ou l'influence du chef du village (M. Sankalé, 1969, p. 207). Les villages n'étaient généralement pas peuplés dans l'ensemble mais il arrivait qu'il y ait plus de personne que prévue dans les cases. Prenons l'exemple des villages mandé qui pouvaient enregistrer 30 à 50 cases pour environ 200 individus soit en moyenne 6 à 4 personnes par case. En plus de servir de logement, ces cases pouvaient représenter une cuisine annexe, une réserve d'eau et parfois servir de stockage pour la récolte (D. Domergue-Cloarec, 1986, p. 13). Ce qui pouvait représenter parfois un foyer de moustique et susciter la convoitise ou la prolifération de plusieurs autres affections. L'on pourrait comprendre la prolifération rapide de la variole dans le Nord entre 1904 et 1916. Dans ces conditions certaines mesures d'hygiène sont difficilement applicable.

### **3. L'interdiction de la médecine traditionnelle et sa persistance (1940 - 1960)**

Face à la médecine à tradition locale l'administration sanitaire avait différentes appréhensions qui pouvaient aller des plus altruistes aux conservatismes selon les personnes et les circonstances. Ces différentes perceptions conjuguées offrent à la médecine traditionnelle une identité plus que contestée même après son interdiction.

#### **3.1 L'observation libérale de la médecine traditionnelle**

Certains médecins plus ou moins objectifs avaient connaissances des insuffisances de la médecine moderne. Ils savaient devant quels genres de maux elle pouvait répondre favorablement ou non. Ils conservaient une réaction plutôt implicite vis-à-vis de la médecine traditionnelle et se limitaient que à leurs tâches. D'autres parmi eux, étaient admirateurs de cette médecine locale, qui pensaient pourquoi pas en tirer profit. Admirateur parce qu'elle pouvait parfois les étonner par des résultats qu'elle pouvait obtenu d'élément naturel. En attirer un avantage parce qu'elle pouvait être un secours, d'aide appréciable au vu de la rareté des installations sanitaires. Ils contemplaient certains spécialistes de cette médecine locale dont ils pouvaient trouver leurs savoirs-faires fascinants. Les rebouteurs particulièrement attiraient leur attention par la dextérité dont ils pouvaient faire preuve ; qui pouvait venir à bout des fractures, faire des opérations chirurgicales (J-P. Bado (S/D), 2006, p. 38).

Également, les matrones participaient activement à l'œuvre sanitaire, sous la supervision du chef sanitaire divisionnaire. Elles profitaient de leur place de doyenne dans la communauté, de leurs proximités pour réunir autour d'elles les parturientes. Les conduire dans un centre de santé quand nécessaire. Et vue de l'insuffisance cruciale de personnel de santé cette était plus que souhaitable. Certaines suivaient des formations avec des sages-femmes, et pour celles qui veillaient à leur application sont rémunérés selon leur rendement. Dans une correspondance adressée au gouverneur de l'AOF on pouvait lire :

Les matrones viennent volontiers recevoir les conseils de notre personnel sanitaire ; dans quelques centres importants elles reçoivent gratuitement des trousse d'accouchement fort bien comprises et des primes récompensant, en fin d'année, celles qui ont fait preuve de la meilleure compréhension de nos méthodes <sup>57</sup>.

Dans le même temps certains parmi ce personnel de santé n'étaient dupe. Ils étaient conscients de leurs rapports difficiles avec les patients, de leurs méfiances envers la

<sup>57</sup> ANCI, 1934, Circulaire du 19 Décembre 1934 adressé au gouverneur général de l'AOF faisant état des lieux de la protection de la maternité et de l'enfance, n°463/s, p. 2

médecine moderne. Qui venaient vers eux pour une grande majorité que sous menace ou en cas de force majeure. Donc il ne fallait pas mettre à dos le spécialiste local qui pouvait être utile, en conduisant vers eux, les patients lorsqu'il aurait usé tous ses recours. Surtout que face à eux ils étaient inférieurs en nombre, si on devait aller du principe que chaque communauté avait son thérapeute. Ils recevaient encore plus de patients, de par leur position de dignitaire de la communauté. Pour certains auteurs, cette compassion ou intérêt pour la médecine traditionnelle manifesté par les le personnel de santé européen tirerait sa source de leur milieu d'origine où on pouvait trouver les réalités similaires (J-P. Bado (S/D), 2006, p. 37).

L'autre raison est que pour ces médecins raisonnés, on pouvait tirer quelque chose d'essentielle des plantes médicinales utilisées par ces thérapeutes avec la méthode scientifique. Sélectionner ces plantes, faire sortir en laboratoire ce qu'elles ont de plus substantielles ; les éléments actifs. De ce fait, garder un œil sur le thérapeute afin d'évaluer ses réelles compétences et sa méthode de travail devient un attrait scientifique. Cette observation prend ici un caractère scientifique. Ceux dont R. Porterès et M. Ivanoff se sont attelés pour obtenir respectivement les premières pharmacopées chez les Dan et les Guéré en 1935 et ensuite dans le cercle des lagunes en 1936.

Pour certains auteurs c'est une période où la médecine traditionnelle serait légitime allant des premiers rapports avec la médecine moderne située entre 1885 et 1940 (N. N. Abe, 1992, p. 130). Dans cette phase les deux systèmes évolueraient séparément avec des rapports parallèles, chacune de son côté. Pour nous il est difficile de déterminer une telle période avec objectivité. Parce que cela sous-entendrait qu'il y'aurait eu un équilibre de force où chaque médecine aurait connaissance de l'existence de l'autre mais chacune fait son chemin. Cette légitimité serait reconnue par qui ? l'autorité nouvelle administrative ou locale. Sachant que depuis 1893 la nouvelle autorité est l'administration coloniale du moins officiellement.

Nous pensons que pour l'administration coloniale, la médecine traditionnelle n'était pas en ligne de mire dans un premier temps. Le processus de civilisation étant long et lent dans le temps les éléments les plus importants étaient privilégiés, les autres sont secondaires. La médecine moderne devient pour tous que quand l'administration s'en rend compte du problème démographique dans l'exploitation du territoire. Où les travaux devaient prendre une autre envergure. Le problème démographique est provoqué par les différentes maladies présentes. Le problème d'hygiène fait augmenter le taux de morbidité, de mortalité d'une part et la faible natalité de la colonie d'autre part. Qui parle de problème démographique évoque la baisse de la main d'œuvre. En effet, les superficies des plantations augmentent, mais le nombre d'habitant tourne au ralenti, surtout en ces périodes de guerres mondiales où la main d'œuvre valide est exportée pour porter main forte à la métropole. De ce fait, sur la période de 1885 à 1940, la médecine traditionnelle ne représentait pas un danger réel par ses manœuvres. Donc vraisemblablement elle a été banalisée par les administrateurs locaux qui jusqu'à présent n'avait pas suscité leurs intérêts. L'administration actualisait sa politique de sorte que par moment on aurait cru qu'elle improvisait. Surtout à en croire par la publication des nombreuses circulaires, arrêtés sans suite ou sans suivie de l'époque coloniale. Elle mettait fin à une pratique que lorsqu'elle constitue un frein à sa politique principale. Donc le colonisateur a



« royalement ignoré » la médecine traditionnelle (J-N Loucou, 2016, p. 156). Parce que l'interdit jeté sur le "fétichisme africain" est l'œuvre des missionnaires occidentaux en corrélation avec la mission civilisatrice de l'administration. C'est donc une initiative des missionnaires catholiques appuyée par l'administration coloniale soutenue par les médecins conservateurs.

### 3.2 La perception des conservateurs

Pour ces médecins la prise en charge est réservée uniquement aux personnes diplômées des écoles de médecine française comme le stipule le décret de 1887 (J-P. Bado (S/D), 2006, p. 39). Ils suivent à la lettre ces prescriptions donc ne toléraient aucun devis qui pourrait entacher leur métier. Ils étaient convaincus de la supériorité de leurs connaissances, de leurs civilisations donc tenaient un discours de plus en plus sévère, intransigeant à l'endroit de toutes autres formes de soins. Pour eux, la médecine traditionnelle est « *l'émanation de la sorcellerie, du fétichisme, du maraboutage, de l'obscurantisme* » (J-P. Bado (S/D), 2006, p. 38). Donc l'idée de l'interdiction des rites traditionnels africains dans les années 1940 était plus qu'inespérée par ces médecins conservateurs. Qui avec les missionnaires, pouvaient désormais pourchasser les "prêtres africains" dans leurs tanières. Cet interdit vise particulièrement ce personnage aux multiples fonctions, pour réduire en quelque sorte son influence. Comme ce fut le cas pour toutes autres formes d'autorités locales. Pour les religieux c'est la traduction de la « *sollicitude de Dieu pour les Noirs* » (A. Y. Angaté, 2004, p. 40). Une attention de Dieu manifesté par ses serviteurs, en éloignant le noir de tout ce qui pourrait le détourner de la volonté de son créateur. Venir à la rescousse de son âme. Et pour ces médecins conservateurs, c'est un acte purement humaniste. Mission évangélisatrice et civilisatrice se battent corps et âmes pour justifier leurs actes ; afin de lui coller une valeur ajoutée raisonnée. Il aurait été dit qu'en vrai ce n'était pas la médecine traditionnelle qui était visée mais le fétichisme. Mais la médecine traditionnelle étant un tout par ricochet elle a été assimilée. Une prise en charge purement médicale, avec que les substances naturelles, sans rituel, sans consultation du monde invisible aurait épargné la médecine traditionnelle. Dans la mesure où une prise en charge locale efficace pouvait épargner un effort de dépense supplémentaire à la métropole.

Mais certains africains interprètent autrement cette interdiction. Pour eux, cette interdiction de trop exprimerait l'incapacité pour eux, d'étudier la médecine traditionnelle et surtout un refus catégorique de lui reconnaître toutes formes de réussite (J-P Bado (S/D), 2006, p. 38). Ils nourrissaient l'idée de ce qui découlait d'une civilisation locale serait inférieure à la leur. Un devoir de leur venir en aide, ceux, contre leurs grés. Argument dont le ministre républicain Français Jules Ferry (1832-1893) s'est fait fort de défendre. Et bien entendu le coup de grâce est porté par la section 3 portant sur l'exercice illégal des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme (Articles L372 à L373) du Code de la santé publique de la République Française du 07 Octobre 1953 (RF, 1953). Rendant plus que jamais illégal, toutes activités allant dans le sens médical, pratiqué par toutes personnes autres que le personnel médical diplômé, certifié ou n'ayant pas une autorisation d'exercer spéciale des autorités compétentes. Pour ce qui avait commencé depuis lors, pourra désormais être justifier par une législation. Pourrons-nous comprendre la mise en place des

mesures contraignantes pour faire venir à eux tous les malades réfractaires déclarés lors de la lutte contre les grandes endémies à partir de cette même année. La raison fondamentale évoquée, une mesure pour mieux lutter contre les grandes endémies. Le vaccin contre les grandes endémies devenait à cet effet une obligation pour l'intérêt commun. Mais encore c'était une manière plus ou moins légale, subtile de battre en brèche tous boycotts contre la médecine moderne. La lutte contre les maladies se fera sans la médecine traditionnelle, sans les thérapeutes locaux, disqualifiés pour le colonisateur, du moins officiellement (P. Kipré (S/D), 1987, p. 116).

### **3.3 La médecine traditionnelle une identité culturelle originelle**

Désormais jugée illégale et illégitime, elle est condamnée à la clandestinité. Elle est obligée d'errer dans les forêts ou dans le tréfond des villages, des campagnes (J. Tokpa, 1985, p. 111). Toutes formes de magies et de rites initiatiques africains sont proscrits avec elle. Mais l'amélioration des conditions de vie et l'urbanisation aggravent cette clandestinité. Assurément, quelques praticiens dans leur clandestinité se retrouvent dans les villes. Confrontés aux problèmes d'emplois, sans véritable expérience professionnelle, trouvent plus attrayant la clientèle urbaine. Ils innovent, adaptent leur pratique thérapeutique à « l'ivoirien européennisé ». D'autres font migrer les citadins vers eux au besoin, faisant ainsi le chemin inverse. Les citadins sont ballotés entre les deux médecines. Le problème avec cette interdiction comme d'ailleurs d'autres interdits de la période coloniale, la survie est problématique parce que cela nécessiterait de l'effort supplémentaire. Donc ils passent entre les mailles du filet jusqu'à ce qu'ils commettent une "faute médicale" grave ou son influence prennent une proportion démesurée.

D'un autre côté aussi les défaillances sanitaires ne permettent pas non plus de bien suivre cette interdiction. En effet, la médecine curative manifeste par les centres de santé de haute qualité par leur contenu et d'une panoplie de spécialité, est plus pratiquée en milieu urbain. Pour les Européens et quelques privilégiés africains. Et une médecine préventive, communautaire sans véritable contenu, pour la zone rurale moins nantie, éloignée des centres de santé. Cette situation crée une disproportion qui résulte que les villageois font constamment recours à la médecine traditionnelle pour se soigner (J-N. Loucou, 2016, p. 156). D'où le fait que les populations des zones rurales sont plus réfractaires aux soins de la médecine moderne.

Aussi cette période coïncide avec l'augmentation en nombre du personnel soignant africain. Ce personnel pouvait contribuer ou avoir un impact sur le choix des patients dans leurs itinéraires thérapeutiques. Ils côtoyaient leurs patients. Certains étaient bien intégrés parce qu'ils épousaient les femmes de leurs zones d'affectations, vivaient avec eux, partageaient leurs quotidiens. L'exemple des matrones qui exercent dans leurs localités respectives où elles avaient déjà une notoriété. Ces auxiliaires connaissaient bien le terrain, pouvaient connaître plus ou moins les forces et faiblesses de cette médecine européenne pour les plus expérimentés, à force d'assister le



médecin. Ils partageaient pour la plupart les mêmes cultures que leurs patients donc les mêmes concepts de la vie, de la mort, de l'origine des maladies. Ces intermédiaires : en fonction de leurs évaluations des capacités de la médecine coloniale à soigner, donc de leur « diagnostic et pronostic », ils encourageaient les malades à consulter le médecin européen ou bien leur recommandaient vivement le recours aux spécialistes de la médecine empirico-métaphysique. (J-P. Bado (S/D), 2006, p. 41).

Bien sûr, ces auxiliaires subalternes noirs n'étaient pas tous conservateurs, du moins plus maintenant. Certains avaient à prouver à leurs supérieurs, leurs intentions de s'imbiber de cette science étrangère pour venir en aide à leurs compatriotes qui croupissaient sous les maladies. Mieux s'imprégner de cette science de sorte à bannir l'idée du "nègre immature". Et justement leurs responsables attendaient qu'ils soient des exemples ou des canaux de divulgation des principes civilisatrices, qu'ils aident à combattre les conceptions et pratiques locales anciennes (J-P. Bado (S/D), 2006, p. 42). Et bien entendu la science étant du concret avec des données objectives, le mysticisme n'a pas lieu d'y être donc la médecine européenne l'emporte au fur du temps. A l'indépendance, elle est la médecine officielle et la médecine traditionnelle est populaire, mais sa pratique reste illégale. Au vu des réalités cette position était inéluctable. Le caractère impérialiste de la colonisation maintient l'interdit sur "le fétichisme africain" et la médecine locale avec.

### **Conclusion**

En 1906 la médecine moderne se généralise à la population locale par l'AMI. A partir de cet instant deux médecines cohabitent, mais le caractère impérialiste de la colonisation et la conception locale de la santé rendent difficile la cohabitation des deux médecines dans la colonie Ivoirienne. Conséquence la médecine traditionnelle est interdite. Il faut donc comprendre ici que l'interdiction de la médecine traditionnelle est un dommage collatéral dû à plusieurs facteurs réunis. Dont le principal est la situation sanitaire alarmante de la colonie caractérisée par une mauvaise hygiène qui décimait la main d'œuvre d'une part. Et d'autres part la médecine traditionnelle étant un ensemble met à mal le système dans son ensemble surtout au niveau religieux. Mais les difficultés médicales de la médecine modernes qui peuvent s'expliquer par l'insuffisance de financement et concepts locaux culturels permettent de rendre la médecine traditionnelle active malgré son interdiction. Elle sortait officieusement de sa clandestinité pour les populations défavorisées, éloignées des centres de santé. Surtout que d'un point de vue général la médecine moderne avait certes un bilan encourageant particulièrement auprès des couches favorisées, mais il y'avait encore du chemin à faire dans l'ensemble. La médecine moderne devient donc une complémentaire dont l'apport peut s'avérer importante quand nécessaire. Pouvoir compter sur deux médecines avec chacune ses qualités s'avère être bénéfique pour les populations locales.

## Sources et bibliographie

### 1. Sources

#### - Orales

Entretien réalisé avec ANO Kouao Daniel, phytothérapeute et président de la fédération des tradipraticiens de Santé et des Naturothérapeutes de Côte d'Ivoire (FTSN-CI) et propriétaire du cabinet AKD interrogé les 26 Mai et 03 Juin 2025 à son cabinet, Thème abordés : la fonction de phytothérapeute et soins.

Entretien réalisé avec DJARASSOUBA Korotoum, accoucheuse traditionnelle et phytothérapeute basée à Guiglo, le 17 Juin 2025 à l'Université Félix Houphouët-Boigny lors de la cérémonie de présentation de la Pharmacopée II, Thème abordé : la place d'une accoucheuse traditionnelle au sein de la communauté villageoise.

Entretien réalisé avec KOUADIO Konan Jean François, vaticinateur à Abobo et par ailleurs le président de l'union des *Kômian* et guérisseurs de Côte d'Ivoire (UKGCI) le 10 Juin 2025 au siège du PNPMT, Thème abordés : le rôle traditionnel d'un *Komian* et son apport en zone urbaine.

#### - Archives Nationale de Côte d'Ivoire

1HH98 : Correspondances relative à la création de poste et taxes d'assistance médicale indigène; arrêtés portant ouverture de l'ambulance de 2<sup>e</sup> catégorie de Dimbokro 1907-1913

1HH9 : Développements des services sanitaires de médecine préventive, hygiène et assistance médicale indigène en Afrique Occidentale Française en 1925

#### - Internet

République Française, Code de loi sur la Santé Publique du 07 Octobre 1953 accordant l'exercice de la fonction médicale au personnel connu comme tel ayant reçu une permission spéciale, In [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171728/1953-10-07/#LEGISCTA000006171728](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171728/1953-10-07/#LEGISCTA000006171728), consulté le 28 Mars 2025

### 2. Bibliographie

ABE N'doumy Noël, 1992, *La médecine africaine et la médecine officielle en Côte d'Ivoire: une approche stratégique de collaboration*, thèse de doctorat, Université de Cocody Abidjan.

ALONOU Kokou Benjamin, 2006, « Assistance Médicale Indigène : action humanitaire ou œuvre utilitaire ? » In *Revue du CAMES- Nouvelle série B*. Vol 007 N°1-(1<sup>er</sup> semestre) pp.165-173.

ANGATE Yangni Antoine (S/D), 2004, *La Revalorisation de la médecine traditionnelle.*, Paris, CEDA.

BADO Jean-Paul (S/D), 2006, *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, Paris, KARTHALA.



- BADO Jean-Paul, 1999, « Histoire maladies et médecines en Afrique Occidentale XIXe-XXe siècle. » In *Revue française d'histoire d'outre-mer*, tome 86, n°322-323. De l'inventaire du monde à la mise en valeur du globe. Botanique et colonisation (fin du 17<sup>e</sup> siècle-début du 20<sup>e</sup> siècle) pp.237-268.
- DE ROSNY Éric, 2010, *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala.
- DELOBOSOM Dim Antoine, 1934, *Les secrets des sorciers noirs*, Paris, Edition LE MILLENIUM.
- DOMERGUE-CLOAREC Danielle, 1978, « Les vingt premières années de l'action sanitaire en Côte d'Ivoire » In *Revue Française d'Histoire d'Outre-mer*, tome 65, n°238, pp.40-63
- DOMERGUE-CLOAREC Danielle, 1986, *Politique coloniale Française et réalités coloniales : Exemple de la santé en Côte d'Ivoire 1905-1958*, Tome 1, Thèse d'État es lettre et sciences humaines, Université POITIERS.
- DORES Maurice, 1981, *La femme village : malades mentales et guérisseurs en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan.
- DOZON Jean-Pierre, 1985, *La société bété : Histoire d'une «ethnie» de Côte d'Ivoire*, ORSTOM KARTHALA.
- DOZON Jean-Pierre, 1987, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire » In *politique africaine*, n°26, Politique de Santé, pp.9-20
- DUPONCHEL Maryse, 1975, *Maternité et changement social chez les Baoulé (Côte d'Ivoire) Approche ethno sociologique*, Abidjan, INSP.
- ESCHLIMANN Jean-Paul, 1982, *Naitre sur la terre Africaine*, Abidjan, INADES.
- ESCHLIMANN Jean-Paul, 1985, *Les Agni devant la mort (Côte d'Ivoire)*, Paris, Karthala.
- JANZEN John, 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, KARTHALA.
- KERHARO Joseph et BOUQUET Armand, 1949, « La notion de lèpre et les conceptions indigènes de traitement en Côte d'Ivoire et en Haute-Volta ». *Communication à la Société de pathologie exotique*, pp.62-63
- KIPRÉ Pierre (S/D), 1987, *Mémorial de la Côte d'Ivoire, Tome 2 : La Côte d'Ivoire coloniale*, Abidjan, édit AMI.
- KIPRE Pierre, 2005, *CÔTE D'IVOIRE : La formation d'un peuple*, Paris, Sides-Ima.
- KOFFI Goran Modeste Armand, 2015, *Musicothérapie traditionnelle chez les komian en Côte d'Ivoire*, Paris, L'Harmattan.
- KOUASSI N'dri Marcel, 2011, *Euthanasie et cultures africaines*, Abidjan, EDUCI.
- LOUCOU Jean-Noël, 2016, *La Côte d'Ivoire coloniale 1893-1960*, Abidjan, CERAP.
- MEMEL-FOTE Harris (S/D), 1998, *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*, Paris, L'Harmattan.
- MEMEL-FOTE Harris, 1999, « La modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire » in *Revue internationale des sciences sociales*, n°161, UNESCO/ères, pp.379-392
- N'GUESSAN Manouan, 2016, *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Agni Sanwi*, UFHB Cocody-Abidjan, Thèse unique de Doctorat de sociologie.

SANKALE Marc, 1969, *Médecins et actions sanitaire en Afrique noire*, Paris, Présence Africaine.

TCHERO Joachim, 2013, « Pensée et pratique médicale chez les Krou de Côte d'Ivoire. D'hier à la fin de la période coloniale. Malade et système de santé d'autrefois. » In *Rev. Iv hist*, n°21, pp.43-60

TCHERO Joachim, 2014, *La maladie chez les krou de Côte d'Ivoire : de la mémoire à l'histoire des représentations collectives*, Paris, L'Harmattan.

TOKPA Jacques Lépé, 1985, *Les Ivoiriens la médecine Occidentale de 1925-1939*, DEA département d'Histoire, Université Nationale de Côte d'Ivoire.

ZRAN Toily Anicet, 2021, « Grand-Bassam : aménagement et construction d'une cité au rythme des épidémies de fièvre jaune (1851-1900)» In *Revue Gabonaise d'Histoire et d'Archéologie*, n°8, pp.7-29

ZWEIG Stefan, 2005, *La guérison par l'esprit*, Paris, Belfond.