



UNIVERSITÉ MARIEN NGOUABI
FACULTÉ DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

MAZAYU

Revue congolaise d'histoire

ISSN : 3078-9036

N° 1
Décembre 2024

RCH

Formation doctorale d'histoire et civilisations

Les auteurs sont seuls responsables des opinions exprimées
dans les textes publiés dans cette revue

Formation doctorale d'histoire et civilisations
Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
Université Marien NGOUABI
Email : revuecongolaisedhistoire@gmail.com

UNIVERSITÉ MARIEN NGOUABI
FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

MAZAYU

Revue congolaise d'histoire

ISSN : 3078-9036

**N°1
Décembre 2024**

RCH

Formation doctorale d'histoire et civilisations

Directrice de publication

Professeure Scholastique DIANZINGA

Rédacteur en chef

Professeur Joseph ZIDI

Comité de rédaction

Dreid Miché Kodja Manckessi, Aris Cristel Kibamba Kikoulou, Armeline Izis Ngantsio, Jennie Fati Mahoundi Milebo, Méchak Gilmalik Eliezer Mbani, Ornella Esther Koualou.

Comité scientifique

Professeur Joachim Emmanuel GOMA-THETHET (Université Marien NGOUABI) ; Professeur Jean-François OWAYE (Université Omar Bongo) ; Professeur Auguste NSONSISSA (Université Marien NGOUABI) ; Professeur Édouard NGAMOUNTSIKA (Université Marien NGOUABI) ; Professeur Arsène ELONGO (Université Marien NGOUABI) ; Professeur Cyriaque Guy Roger NGOMBE-APONDZA (Université Marien NGOUABI) ; Professeur Bienvenu BOUDIMBOU, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Jean Félix YEKOKA, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Professeur Igor NSAKALA MATONDA (Université de Kinshasa) ; Anselme MBEMBA-MPANDZU, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Élie Sosthène NGANGA, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Zéphirin SAH, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Professeur Pamphile MABIALA MANTUBA (Université de Kinshasa) ; Etanislav NGODI, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Lucien NIANGUI GOMA, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Rony Yala KOUANDZI, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Taïba Germaine AINYAKOU, Maître de Conférences (Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo) ; Didier Arcade LOUMBOUZI, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Professeur BAMBA MAMADOU (Université Alassane Ouattara) ; Georges MIEMBAON, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Clémence DITENGO, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Jean Bruno BAYETTE, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Nicaise NGUIMBI, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI) ; Roval Caprice BOSSO GOMA-THETHET, Maître de Conférences (Université Marien NGOUABI).

SOMMAIRE

Éditoriale Scholastique DIANZINGA	9
Historiographie du rastafarisme et du reggae (1934- 1970) Arsène Francoeur NGANGA	13
Perspective historique sur les origines kongo de la capoeira et le Maculéle afro-brésilien à partir d'une étude de son vocabulaire gestuel Raldich Jorel NDONGANI	29
L'Union Africaine et le règlement de la crise kenyane de 2007 à 2008 Donal Arsène MALADI MOUANDA	45
L'Union Africaine et l'institutionnalisation de femmes, paix et sécurité de 2013 à 2023 Ladislav NZE BEKALE	61
La femme congolaise et la mission protestante au Congo : lecture de l'hymnographie post-coloniale (1947-1969) Aris Cristel KIBAMBA KIKOULOU	81
La coopération socio-culturelle entre la République du Congo et la République du Gabon de 1975 à 2000 Zéphirin SAH	105
Impact du dynamisme du réseau routier sur le développement des activités portuaires en Côte d'Ivoire de 1960 à 2004 Abé Laurent ABÉ	117
Monopartisme et décentralisation en République du Congo (1973-1979) Méchak Gilmalik Eliezer MBANI, Georges MIEMBAON	133
Analyse de l'impact de la prise en charge des indigents dans les formations hospitalières publiques au Cameroun (1916-1957) Patrick Léonel MENDO	151
Le Transgabonais : un nœud de la politique étrangère du Gabon entre 1973 et 1986 Jheff Ardrigue NSOGO MOUISSI	169
Le musée Simon Kimbangu en République Démocratique du Congo Émilie ZOLA KALUFUAKO	181

ÉDITORIAL

Mazayu, Revue Congolaise d'Histoire (RCH), est née dans un contexte de vide laissé par *Les Cahiers Congolais d'Anthropologie et d'Histoire*. Cette dernière revue a cessé de paraître avec le décès du Professeur Alain Michel Mombo qui en assurait la direction. Destinée à être un espace d'expression des historiens et des anthropologues, les *Cahiers Congolais d'Anthropologie et d'Histoire* ont vite pris la configuration d'une revue des sciences sociales et humaines. Avec l'existence de plusieurs revues en sciences humaines au sein de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) et de l'École Normale Supérieure (ENS) de l'Université Marien N'GOUABI, *Mazayu* a choisi de se spécialiser en histoire, pour prendre ainsi en compte des exigences du Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur (CAMES) qui, dans son dernier Manuel (2024-2028), oblige les chercheurs à publier leurs travaux dans des revues de leur domaine de spécialité.

Mazayu (*zayu*, au singulier) est un mot kongo, une langue parlée en Afrique centrale et dans les Amériques. Le dictionnaire de Karl Laman, *Dictionnaire kikongo-français* (p.515 ; p.1157) et celui de Pierre Swartensbroeckx, *Dictionnaire kikongo kituba-français* (p.784) donnent plusieurs définitions de ce terme, entre autres : connaissances, sens, sagesse, discernement, intelligence, jugement, conscience de, raison, conception, érudition, faculté de comprendre, de concevoir. *Mazayu* se donne l'ambition de promouvoir les connaissances dans le domaine de l'histoire. Par sa nature et son objet, l'histoire permet d'élucider l'origine, l'organisation, l'évolution et le développement d'un peuple. La connaissance du passé d'un peuple ouvre la possibilité de comprendre les lois du développement des sociétés par observation et analyse des expériences historiquement enregistrées. L'interaction entre histoire et développement des sociétés humaines est un phénomène général. Ainsi, *parce que l'histoire est prise de vue sur le passé des hommes, elle met de plain-pied l'historien avec la pratique des sociétés du passé : pratique économique, sociale politique et idéologique. Elle aide donc appréhender la racine des problèmes du présent non seulement de manière théorique et spéculative, mais aussi de manière concrète par les exemples qu'elle révèle* (Jean-Noël Loucou, Christophe Wondji, 1976, « Histoire et développement », *Cahiers d'études africaines*, vol. 16, n°61-62. Histoire africaine : constatations, contestations, p. 80). Cette relation justifie le choix de la coquille de *nkodia*, l'escargot, comme logo de la revue. En effet, dans la tradition kongo, le *nkodia* est le symbole multidimensionnel de l'héritage ancestral, le symbole de l'évolution des êtres, de la croissance et du développement des sociétés. Histoire et développement, tel est le substrat ontologique sur lequel *Mazayu* trouve son fondement.

Pour son premier numéro, *Mazayu*, regroupe onze textes. Les contributions d'Arsène Francoeur Nganga et Raldich Jorel Ndongani portent sur la vie culturelle en Amérique latine. Le premier, explore une des traditions kongo aux Amériques, le *kumina*, pour retrouver une des sources du reggae. Cette musique devenue messianique et révolutionnaire va connaître sa floraison et son éclosion à travers le personnage de Bob Marley. Le Reggae s'est propagé dans le monde pendant plus de 50 ans, comme une force de dialogue opposé aux préjugés raciaux faisant des Rastas, les portes paroles du tiers monde et de toutes les minorités.

On retrouve cette présence kongo et ses influences culturelles dans les analyses sur la *Capoeira* et le *Maculélé*. Cette seconde contribution se penche sur des items du kikongo dans le vocabulaire gestuel de la Capoeira, l'une des activités sportives la plus pratiquée par les Brésiliens, un art de légitime défense et un phénomène culturel. S'appuyant notamment sur la dimension linguistique, elle conclut que la valeur artistique de ce sport a été transmise de génération en génération par le biais du kikongo et du portugais.

Dans ce numéro, deux autres textes rappellent les activités de l'Union africaine dans le domaine de maintien de la paix et d'émancipation des femmes. Donald Arsène Maladi Mouanda examine les conflits postélectoraux en Afrique, précisément le cas du Kenya. Ceux-ci ont remis en surface les crises foncières liées à la transplantation des populations au profit des Blancs, pendant la colonisation. La manipulation des résultats des élections, entre 2007 et 2008, a conduit les institutions sous-régionales et africaines à réfléchir sur le cas du Kenya. C'est dans ce contexte qu'intervient l'Union Africaine pour entamer la médiation en vue de faire cesser les violences intercommunautaires et obtenir la signature d'un accord, le 28 février 2008. Ladislav Nze Mendo, a également porté de l'intérêt aux activités de l'Union Africaine, à travers l'institutionnalisation de femmes, paix et sécurité dans le système de l'Union Africaine. C'est un programme à l'horizon 2063. Il s'agit, indique l'auteur, de « continuer d'impliquer la société civile dans une campagne de plaidoyer coordonnée sur la ratification, l'assimilation et la mise en œuvre du Protocole et de la Déclaration Solennelle sur l'égalité des Genres en Afrique, signer et ratifier dans les plus brefs délais le Protocole et tous les outils internationaux qui protègent les droits des femmes ».

Toujours dans ce champ du genre mais au plan religieux, Aris Cristel Kibamba analyse le dur combat de l'insertion de la femme dans l'évangélisation par l'église protestante au Congo. Dans une société pourtant matrilineaire, la femme est reléguée au second plan. La marche vers l'égalité de l'homme et de la femme dans le Christ va se mener à

travers les écritures et aussi dans un domaine qui nourrit bien la culture congolaise, le chant. L'hymnologie va ainsi devenir un élément essentiel de cette prise de conscience du rôle de la femme dans l'église.

Zéphirin Sah, quant à lui, jette un regard sur la coopération entre le Gabon et le Congo, deux pays d'Afrique centrale qui partagent, depuis des siècles des limites géographiques et des liens culturels et naturels. En matière de coopération socio-culturelle, des efforts énormes restent à fournir. Au-delà des échanges commerciaux souvent informels, les politiques se doivent de fonder les acquis historiques en programme ambitieux de coopération dans le cadre de l'intégration sous-régionale.

La contribution de Abé Laurent Abé investit le rôle des voies de communication en Côte d'Ivoire, entre 1960 et 2024. L'effort constant de maillage du pays a permis d'accroître les échanges multiformes et de développer l'économie. Au réseau ferroviaire, s'est ajouté un grand réseau routier qui permet d'acheminer les produits vers le Port Autonome d'Abidjan et le Port Autonome de San Pedro.

Cette question de communication, de gestion et de développement des entités territoriales est aussi au centre de la réflexion de Mechack Éliezer Mbani et Georges Miembaon. Ils montrent que les regards portés sur la période du monopartisme au Congo s'orientent bien souvent sur les questions politiques et ethniques en ce qui concerne la construction de l'unité nationale. La décentralisation a aussi constitué un des combats de la gestion administrative du pays. Il ressort, à l'issue de leur analyse que le processus de décentralisation, entre 1973 et 1979, a été émaillé d'instabilités politiques et institutionnelles. Celui-ci fut gangrené par la confusion des rôles, les problèmes de conflits d'intérêts et de compétences entre les administrateurs locaux.

Patrick Léonel Mendo note, dans son article, que la colonisation a eu des conséquences systémiques dans le domaine de la santé. Elle a substitué et imposé la médecine moderne au détriment de la médecine traditionnelle. Ce passage ne s'est pas fait sans résistance. L'auteur met en lumière, parmi les nouvelles pratiques, la prise en charge des indigents à l'hôpital Laquintinie de Douala, à travers la politique de la gratuité des soins. Mais, cette stratégie n'a pas réglé la complexité des relations entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

La contribution de Jheff Ardrigue Nsogo Mouissi montre que les ressources minières constituent un des fondements de l'économie gabonaise. Pour permettre l'extraction et l'évacuation des minerais, le Gabon a mis en place un réseau de voie ferrée qui a permis d'acheminer les ressources minières et forestières de l'hinterland vers le port d'Owendo. Ce processus repose sur un schéma classique de l'économie extractive

d'exportation fondée sur le système mine-rail-port. Pour y parvenir, le Gabon a dû s'adresser aux institutions financières internationales, ce qui a ouvert une diplomatie économique forte. Le Transgabonais a, non seulement constitué un élément d'unité nationale, il a aussi mis fin à la dépendance du Gabon envers le Congo et le Cameroun.

Émilie Zola aborde la question de la gestion et de la sauvegarde du patrimoine au sein de l'Église Kimbanguiste. Le Musée Simon Kimbangu construit à Nkamba, pris comme exemple, constitue aujourd'hui la plus grande vitrine. Dans cette contribution, l'auteure rappelle les origines du kimbanguisme, l'histoire de la construction et le travail d'accumulation et la conservation du patrimoine matériel et immatériel du kimbanguisme réalisé par les différents Chefs Spirituels : maman Muili Marie Nzitani, pendant la colonisation (1921-1959), papa Diangienda Kuntima (1959-1998) et papa Dialungana Kiangani (1998-2002), pendant la période postcoloniale et, enfin, papa Simon Kimbangu Kiangani (2002 à nos jours).

Professeure Scholastique DIANZINGA

Directrice de publication

Analyse de l'impact de la prise en charge des indigents dans les formations hospitalières publiques au Cameroun (1916-1957)

Patrick Léonel MENDO

Université de Douala/Cameroun

Email : patrick.mendo@yahoo.fr

Résumé

La médecine coloniale au Cameroun met en lumière les tensions importantes entre la médecine occidentale et la médecine traditionnelle africaine. La manière dont la France a imposé ses pratiques médicales s'inscrit dans un cadre plus large de domination coloniale, où la santé des populations locales était souvent subordonnée aux objectifs coloniaux. Les dynamiques de constitution d'une main-d'œuvre en bonne santé pour la réalisation de l'œuvre coloniale par la France au Cameroun s'inscrivaient dans une politique de prise en charge sanitaire couplée d'une assistance médicale indigène. Cette politique mettait en avant les atouts de la médecine coloniale au détriment de la médecine traditionnelle africaine. En imposant des règles d'hygiène et des vaccinations, les colonisateurs ont cherché à établir leur légitimité tout en négligeant les systèmes de soins préexistants qui avaient fait leurs preuves. La création des structures sanitaires par la France a pu faciliter l'accès aux soins médicaux, mais cela n'a pas suffi à engendrer une acceptation généralisée de la médecine occidentale. Les changements dans les habitudes thérapeutiques des indigènes ont nécessité un processus d'adaptation complexe, souvent teinté de résistance et de réinterprétation des pratiques médicales. Ce phénomène souligne la nécessité de reconnaître les savoirs traditionnels et de favoriser un dialogue interculturel en matière de santé.

Mots clés : Indigents, colonisation médicale, Formations hospitalières publiques, France, Cameroun.

Abstract

Colonial medicine in Cameroon highlights the significant between Western medicine and traditional African medicine. The way in which France impose dits medical practices was part of a broader framework of colonial domination, where the health of local populations was often subordinated to colonial objectives. The dynamics of creating a healthy workforce for the realization of colonial work by France in Cameroon were part of a policy of health care coupled with indigenous medical assistance. This policy highlighted the advantages of colonial medicine to the detriment of traditional African. By imposing hygiene rules and vaccinations, the

colonizers sought to establish their legitimacy while neglecting the the pre-existing systems of care that had proven effective. The creation of health structures by France may have facilitated access to medical care, but this was not enough to generate widespread acceptance of Western medicine. Changes in the therapeutic habit of the indigenous people required a complex process of adaptation, often tinged with resistance and reinterpretation of medical practices. This phenomenon highlights the need to recognize traditional knowledge and promote intercultural dialogue in health matters.

Key-words: Destitute, medical colonization, Public hospitals, France, Cameroon.

Introduction

L'arrivée de la France au Cameroun pendant la Première Guerre mondiale a été marquée par une volonté d'imposer des normes et des pratiques occidentales, y compris dans le domaine de la santé. Après avoir obtenu une partie du territoire grâce à la copropriété de 1916 avec l'Angleterre. Leur vision de la culture locale était souvent teintée de préjugés, contrastant avec les pratiques traditionnelles comme primitives et inférieures. Cela a conduit à une approche paternaliste, où les colonisateurs croyaient qu'il leur revenait de « civiliser » les populations locales en leur fournissant des soins de santé occidentaux. Cette dynamique a eu des conséquences profondes sur les systèmes de santé locaux et sur la perception des savoirs médicaux traditionnels, souvent méconnus. L'on comptait surtout sur l'efficacité des médicaments pour éblouir les populations indigènes et les faire adhérer à la médecine occidentale. La colonisation médicale d'un peuple reposant sur un ensemble de conviction, il allait s'en suivre sans doute une confrontation culturelle. Dans cette optique, la France adopta et encouragea la multiplication des tournées médicales au cours desquelles les populations rurales étaient consultées et recevaient des soins que la médecine mobile. Ces tournées permettaient non seulement de donner les soins aux populations éloignées des formations sanitaires mais de faire surtout la reconnaissance du pays. Le développement du territoire requérant la construction des infrastructures adaptées aux différents changements observés dans la réalisation de la mission coloniale, l'autorité administrative française construisit des hôpitaux dont la capacité d'hospitalisation tenait compte, non seulement de l'importance économique mais aussi de la croissance démographique observée dans cette dernière. Les hôpitaux devinrent alors les lieux de démonstration de la toute-puissance de la médecine occidentale malgré

l'opposition des populations indigènes qui considéraient ces derniers comme des mouroirs.¹ Les formations hospitalières publiques constituèrent un maillon important du système de santé colonial de la France au Cameroun dans la mesure où toutes les couches sociales indigènes venaient y bénéficier des soins y compris les indigents. La présente contribution analyse les usages des établissements hospitaliers publics dans le processus de séduction et d'adaptation des indigènes à la médecine dite « coloniale ».

Il s'appuie sur un corpus constitué des archives du Cameroun, et des sources secondaires (ouvrages, articles, thèses et mémoires). Le travail s'inscrit dans la lignée des études menées sur la santé publique au Cameroun sous administration française depuis plusieurs décennies (G. Martin, 1921 ; G. Lachenal, 2017 ; L. Vidal et C. Kuaban, 2010 ; Wang Sonnè, 1983 ; J. Mve belinga, 2011 ; J-B Nzoguè, 2011). Dans le développement qui suit, nous déclinons d'abord quelques méthodes persuasives de la colonisation médicale de la France au Cameroun avant d'embrayer sur le rôle déterminant de la prise en charge des indigents dans les hôpitaux notamment à l'hôpital Laquintinie de Douala dans le processus de séduction et d'adaptation des indigènes à la colonisation médicale de la France. Ceci permettra de mieux comprendre les différentes usuelles adossées à la médecine fixe dans la « colonisation » ou la « domination » du Cameroun par la France.

1. Autopsie de quelques méthodes persuasives de la colonisation médicale de la France au Cameroun

Les Français, bien conscients des différences culturelles et des résistances potentielles à leur approche, ont adopté plusieurs stratégies pour faciliter l'adhésion des populations indigènes aux pratiques de la médecine occidentale.

1.1 Le christianisme : instrument d'acculturation

Faisant partie d'un instrument de pénétration de l'Occident dans un monde non occidental, le christianisme s'agissant de lui, devait être moyen efficace pour soutenir l'action française au Cameroun. Ainsi par l'action civilisatrice du christianisme, le pouvoir colonial comptait faciliter l'implantation des diverses dénominations chrétiennes qui voulaient étendre leur œuvre au Cameroun. L'évangélisation avait donc pour but de transformer les habitudes des autochtones, véritables obstacles à l'implantation et à l'essor de la médecine occidentale. L'on peut dire que le christianisme, religion des conquérants, était la source du pouvoir moral de l'homme blanc (A. Adu Boahen, 1987, p.555-557). Pour atteindre ses

¹ ANY APA 394/2, Fausses rumeurs au sujet des vaccinations, 1957 ; A.N.Y 3 AC 1620, Vaccinations. Méfiance des populations envers les vaccinations, 1957.

objectifs coloniaux, l'administration coloniale se servit du christianisme dans la mesure où les religieux s'attaquèrent à la culture et la religion africaines. En d'autres termes, dès leur arrivée en terre africaine, les religieux étaient déterminés à détruire la civilisation africaine, l'objectif étant de convertir les indigènes non seulement au christianisme, mais à la culture africaine qu'ils estimaient être partis de christianisme et profondément marqués par lui. En fait, les objectifs des missionnaires consistaient à atteindre et à convertir le maximum d'âmes possible, et cela n'était faisable que par un effort expansionniste. Ils établissaient en plusieurs points du pays leurs représentations qu'ils laissaient à la charge des catéchistes indigènes formés et chargés de diffuser avec zèle la nouvelle foi (J. Nzogué, 2011, p.67). Pour atteindre leurs objectifs, les missionnaires mirent un point d'honneur à recruter et à former les catéchistes et à les disséminer dans tous les coins du pays. Au début des années 1930, par exemple, le Cameroun comptait 4900 catéchistes répartis dans 3900 villages. Dans leurs missions, les catéchistes étaient chargés d'inculquer de nouvelles valeurs morales et spirituelles aux ouailles auprès desquelles leur notoriété n'était plus à démontrer. Grâce à eux, les missionnaires pouvaient avoir une audience plus facile et plus étendue auprès des populations indigènes. Il apparaît dès lors que c'était aussi comptant sur leur représentativité au sein des communautés que l'administration pouvait s'appuyer sur les missions pour détourner les autochtones de leurs coutumes ancestrales, dont de la médecine autochtone. Les catéchistes autochtones pouvaient donc exhorter leurs frères à renoncer à « l'idolâtrie » dont faisaient partie plusieurs des pratiques de la médecine autochtone, du moins suivant les interprétations que les missionnaires faisaient de la Bible (J. Nzogué, 2011, p.68).

Cependant si le christianisme pouvait contribuer à détourner les populations indigènes de leurs traditions, il n'était pas en mesure de transformer certaines mœurs locales, notamment celles se rapportant à leur relation avec l'environnement (les objets, le milieu naturel, les animaux) et qui ouvraient la porte à l'éclosion de certaines maladies. Il fallait donc songer à faire observer les règles d'hygiène, aussi bien individuelle que publique. Pour ce faire, l'administration entreprit de donner aux indigènes une éducation sanitaire. L'enseignement ou l'instruction générale fut instrumentalisé à ces fins.

1.2. L'instruction pour éduquer les populations indigènes

Ce fut dans les écoles, par l'éducation des jeunes générations, que le pouvoir colonial choisit de faire pénétrer des idées neuves dans des intelligences en cours de développement. Les propos Gustave Martin en constituent une illustration éloquente :

[...] L'école indigène, par les moyens de persuasion qui sont à sa portée, doit placer l'hygiène dans toutes les étapes de l'enseignement [...] Sans bruit, par petites phrases discrètes mais souvent répétées, à l'occasion des faits bien nets, l'école peut et doit démontrer l'utilité de nos méthodes. Elle doit enseigner également le chemin du dispensaire, faire vacciner les élèves et dépister les préjugés qui font redouter le médecin. Si elle ne peut remplacer ce dernier ni le service d'hygiène elle limite leur besoin et dispose leurs clients à une obéissance raisonnée. (G. Martin, 1921, p.474-475).

Ce fut dans cette perspective qu'au début de la présence française au Cameroun, le directeur du Service de santé fit rédiger une série de huit leçons élémentaires qui furent recopiées et traduites en langues du pays dans toutes les écoles du Cameroun sous administration française.

Tableau 1 : Leçons d'hygiène obligatoires à toutes les écoles du territoire 1921

Première leçon	Le paludisme, les moustiques, la destruction des larves
Deuxième leçon	Parasites vivant à la surface de la peau (poux du vêtement, poux de la tête, poux du pubis). Méthode pour les détruire.
Troisième leçon	Parasites vivant dans la peau ; puce chique. Soins de propreté dans la case. Gale, traitement de la gale.
Quatrième leçon	Parasites de l'intestin : ténias, lombrics, ankylostomes. Hygiène alimentaire.
Cinquième leçon	Principales maladies répandues au Cameroun : variole, lèpre, maladie du sommeil, dysenterie, pian, ulcère phagédénique, éléphantiasis, syphilis, blennorrhagie.
Sixième leçon	Les dangers de l'alcool.
Septième leçon	Allaitement. Alimentation des nourrissons. Protection de la première enfance.
Huitième leçon	Allaitement, Alimentation des nourrissons. Protection de la première enfance.

Source : RASDN 1921, p.26.

La teneur de ces leçons montre l'espoir que l'administration coloniale avait placé dans l'école pour la diffusion des notions d'hygiène et de la médecine occidentale dans le territoire. Le succès d'une telle initiative passait par la multiplication des écoles et la diffusion de la langue française. Pour mieux persuader, l'administration avait recommandé que dans les écoles, l'on ne se limite pas seulement à une éducation livresque, dont l'impact est limité, mais qu'on y développe beaucoup plus une éducation concrète, expérimentale et sensorielle, faite toute d'observation et de jugement. Il fallait, devant les élèves, multiplier les leçons pratiques ; comme par exemple, leur montrer un bocal plein d'eau avec des larves et les faire assister à l'éclosion des moustiques ; l'on devait également les promener dans le village, les conduire dans les cases les mieux construites et les mieux aménagées au point de vue de l'hygiène.

D'autres instruments de persuasion, locaux surtout, étaient requis pour que les valeurs médicales et sanitaires de l'Europe fussent largement diffusées, à la satisfaction de la puissance mandataire.

1.3. L'instrumentalisation de certains collaborateurs indigènes : cas des auxiliaires sanitaires indigènes

La participation du personnel sanitaire indigène dans l'action sanitaire française au Cameroun a été largement explorée par Wang Sonné dans sa thèse de doctorat du 3^e Cycle. Il s'est particulièrement intéressé aux aspects quantitatif et qualitatif de cette participation. Au plan quantitatif, les auxiliaires sanitaires camerounais pouvaient se recruter facilement, contrairement aux Européens qui n'étaient pas très attirés par l'aventure africaine.

Pour attirer les populations et les convaincre d'accepter les pratiques médicales étrangères, les Français durent recourir aux indigènes ayant servi dans le Service de santé allemand et à une foule d'autres individus n'ayant aucun background sanitaire et qu'ils formèrent sur le tas. Le recrutement de cet élément indigène devait aider l'administration coloniale française à résoudre plus d'un problème. Premièrement, il se posait le problème de la langue de communication et des tabous, bref de l'univers culturel camerounais. Les auxiliaires indigènes qui connaissaient les langues du pays étaient mieux placés pour écouter les plaintes de leurs semblables, et les convaincre de ce que les solutions proposées par les Français pouvaient les guérir de leurs maux.²

Deuxièmement, les auxiliaires de santé indigènes, en l'occurrence les femmes appelées accoucheuses traditionnelles ou matrones, étaient appelés à attirer la femme indigène vers les maternités et les dispensaires pour le suivi de leurs grossesses, la prise en charge de la femme et de l'enfant indigène appelée Protection Maternelle Infantile (PMI) et de la Protection de la Mère et de l'Enfant Indigènes (PMEI). Au Moyen-Congo par exemple, les accoucheuses traditionnelles ou matrones aidaient non seulement les femmes à accoucher grâce à la maîtrise des techniques et des savoirs qu'elles développent dans le domaine, elles savent aussi prélever dans la nature les plantes appropriées en cas de difficulté chez la femme prise par les douleurs d'enfantement (D.M. Kodja Manckessi, 2020, p.148) En fait, le recrutement des infirmières indigènes, et plus tard des sages-femmes était incontournable ; car dans la culture africaine, notamment au Cameroun, c'était uniquement les femmes qui étaient habilitées à accoucher les femmes. Il eût donc été très difficile, voire impossible, de convaincre les femmes d'aller accoucher à l'hôpital si elles

² JOCF, 1926, p.338.

devaient être reçues par les hommes, et de surcroît les Blancs. La honte seule aurait suffi pour les en éloigner. En outre, les accouchements traditionnels étaient souvent l'objet de pratiques mystiques destinées à écarter et à éloigner, de la case où la femme était accouchée, les mauvais esprits qui rodaient tout autour. Les femmes soucieuses de la viabilité du fruit de leurs entrailles, n'étaient pas toujours rassurées quand il s'agissait de les priver de ces incantations.³

En somme, les auxiliaires sanitaires indigènes par leur appartenance aux différents peuples du territoire, par la connaissance des langues des localités où ils étaient mis en service et par leur connaissance des coutumes, étaient mieux placés, plus que les Blancs, pour convaincre les populations au sujet du bien-fondé de la médecine occidentale et des bonnes intentions du colonisateur (S. Wang, 1983, p. 101-102).

Malgré les méthodes d'imposition de la médecine occidentale employées par la France au Cameroun, il est important de relever que ces dernières ne permirent pas une adhésion complète des populations indigènes à cette nouvelle manière de se soigner. Par conséquent la prise en charge des indigents dans les établissements hospitaliers publics devint un moyen de la démonstration non seulement de la toute-puissance de la médecine coloniale et par ricochet poussa les indigènes à abandonner leur culture thérapeutique.

2. La prise en charge des indigents dans les formations hospitalières publiques : cas de l'hôpital Laquintinie de Douala

L'« arme sanitaire » plus subtile que la mitrailleuse, était très efficace pour la pacification, la domination et l'exploitation des colonisés. À ce sujet l'instrumentalisation de la prise en charge des indigents devait devenir un moyen de démonstration de l'« humanisme » de la France envers les indigènes mais aussi un instrument et de séduction et/ou d'adaptation à la colonisation médicale selon O. Le Cour Grandmaison (2014, p.16) plus subtile que la mitrailleuse, était très efficace pour la pacification, la domination et l'exploitation des colonisés. À ce sujet l'instrumentalisation de la prise en charge des indigents devait devenir un moyen de démonstration de l'« humanisme » de la France envers les indigènes mais aussi un instrument et de séduction et/ou d'adaptation à la colonisation médicale.

2.1. Historique de l'hôpital Laquintinie de Douala

L'hôpital Laquintinie de Douala a été créé dans un contexte où la ségrégation raciale influençait fortement les systèmes de santé. Sous

³ Rapport du Cameroun, 1924, p.42.

l'administration française, la politique sanitaire était marquée par une discrimination flagrante entre les populations. Les soins étaient inégalement répartis, avec des infrastructures de santé de qualité supérieure réservées aux colons européens, tandis que les Camerounais noirs étaient souvent négligés et relégués à des établissements de moindre qualité. Cette situation a suscité une prise de conscience des injustices dans l'accès aux soins et a conduit à la nécessité de créer des établissements qui garantissent des soins dignes à toute la population. L'hôpital Laquintinie a donc été fondé pour répondre à cette inégalité, offrant un accès amélioré aux soins pour les Camerounais et cherchant à pallier les carences du système sanitaire colonial. Ce lieu symbolise ainsi une avancée vers une santé plus équitable et un meilleur traitement des populations locales.⁴

Douala, en tant que principal port du Cameroun, a joué un rôle central dans l'établissement des Européens et le développement commercial du pays. Sa position stratégique a fait de la ville un point névralgique pour le commerce et les affaires, attirant de nombreux colons et commerçants. Dans ce contexte, l'hôpital Laquintinie a été conçu pour répondre aux besoins de cette population européenne, garantissant un accès à des soins de qualité. En revanche, l'Hinterland, avec ses centres administratifs moins peuplés, était principalement habité par des fonctionnaires qui n'avaient pas besoin d'infrastructures de santé aussi développées.

La concentration des ressources médicales à Douala illustre les inégalités du système colonial, où les soins étaient principalement orientés vers les Européens, laissant souvent les populations locales avec des infrastructures moins adéquates. La création de l'hôpital Laquintinie représente ainsi une tentative de répondre à ces déséquilibres tout en témoignant des réalités de l'époque.

Photo 1 : L'Hôpital européen de Douala en 1920



Source : Page Facebook « Cameroun Retro Photos du passé », consulté le 19 août 2024 à 6h20mn.

⁴ JOCF, 1916, p.30-31.

Construit en 1896 par l'architecte allemand Henri Dress, l'hôpital européen de Douala fut baptisé hôpital Nachtigal en l'honneur du consul Gustav Nachtigal car ce dernier, une décennie plutôt avait rendu effective l'institution du protectorat allemand, par la signature du traité Germano-Douala. Pendant la période allemande, il est exclusivement réservé aux patients européens. L'arrivée de la France et la saisie de cette formation sanitaire de renom ne changea pas la donne dans son fonctionnement. En effet, cet hôpital fut réquisitionné pour assurer uniquement les soins aux patients européens (G. Martin, 1921, p.96)

Pendant les deux premières années de la présence française au Cameroun (1916-1918), cet hôpital fut partagé par les Français et les anglais, la plus grande part étant échue aux derniers. Mais avec le départ des troupes anglaises, suite à l'expulsion des Allemands du Cameroun, tous les locaux de l'hôpital revinrent à la France. Au départ cet établissement était réservé à l'accueil des Européens et des militaires des troupes d'occupation. Bien que l'arrêté du 13 décembre 1916 lui attribuât les fonctions d'hôpital mixte, il ne fut pas possible d'y accueillir les malades indigènes avant 1918, ceux-ci étant plutôt envoyés au dispensaire d'Akwa qui était doté de quelques lits pour l'hospitalisation des malades graves. Avec l'accroissement du nombre de malades indigènes nécessitant une hospitalisation, l'autorité coloniale fut contrainte de les admettre à l'hôpital européen dès 1918. Cette situation dura quasiment deux ans.

En 1920⁵, les Français, s'accommodant mal d'hospitaliser les européens et les indigènes dans un même cadre, créèrent un établissement hospitalier pour les malades indigènes. À partir de cette date, il ne fut plus question, du moins pendant plusieurs années, d'admettre les Noirs à l'hôpital colonial destiné désormais à n'accueillir que les Européens et les populations assimilées. Mais en 1922, l'hôpital européen et l'hôpital indigène furent fusionnés en un seul établissement. En fait, cette fusion procédait des raisons budgétaires, car dès cette date la France trouva judicieux de mettre sur le budget local, la gestion de l'hôpital européen qui avait pesé jusque-là sur le budget colonial. Ce fut donc cette nouvelle donne qui amena l'administration, déterminée à ne pas dépenser son argent aux colonies, à opérer la fusion des deux hôpitaux sur le plan administratif. En clair, la fusion ne signifiait pas la fermeture de l'un ou l'autre établissement ; les deux entités furent maintenues. C'est dans cette logique que la construction de l'hôpital indigène de Douala fut pensée. Cette formation sanitaire devint plus haut hôpital Laquintinie de Douala.

Ainsi, baptisé au départ hôpital indigène de Douala et construit en 1931 (à Akwa arrondissement de Douala 1^{er}) pour permettre aux indigènes de

⁵ JOCF, 1920, p.24.

bénéficier des mêmes commodités médicales que les Européens. Cette formation sanitaire prit le nom de l'hôpital Laquintinie de Douala en hommage au docteur Jean Auguste Laquintinie, médecin militaire français ayant travaillé comme médecin-chef de cette formation sanitaire de 1936 à 1938 et en 1940. Les actions de Jean-Auguste Laquintinie en faveur de la santé des indigènes et son management de l'hôpital indigène de Douala assez remarquable firent à ce que l'administration coloniale française décida de donner son nom à l'hôpital dont il avait la charge après son décès en 1941 (<https://www.ordredelalibération.fr>, consulté le 19 octobre 2024 à 02h00mn).

Photo 2 : Jean-Auguste Laquintinie, le médecin militaire au service de l'hôpital indigène de Douala



Source : <https://www.doualart.org>, consulté le 19 août 2024 à 08h47mn.

Jean-Auguste Laquintinie est né le 26 septembre 1909 à Orléans. Il entre à l'École du Service de santé militaire de Lyon en octobre 1929. En 1933, il soutient sa thèse de médecine et, l'année suivante entre en stage à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille. En février 1936, il part pour le Cameroun comme médecin lieutenant en équipe mobile. Affecté à Yaoundé, il rentre en France en juin et termine sa spécialité, la chirurgie. Au déclenchement de la Deuxième Guerre mondiale, Jean Laquintinie est promu au grade de médecin capitaine et sert dans l'armée des Alpes. En janvier 1940, il repart pour le Cameroun et est affecté comme médecin chef à l'hôpital indigène de Douala qui portera son nom après son décès. (<https://www.doualart.org>, « biographie de Jean-Auguste Laquintinie », consulté le 19 août 2024 à 08h47mn).

2.2 Prise en charge et offre des soins à l'hôpital Laquintinie de Douala

La prise en charge et la gratuité des soins médicaux pour les indigents à l'hôpital Laquintinie de Douala étaient considérées comme « arme de séduction et d'adaptation » des indigènes à la médecine occidentale. L'autorité coloniale, pour attirer les indigènes vers la médecine occidentale, le but étant d'avoir une main d'œuvre valide pour l'exploitation et la mise en valeur du territoire, décida de rendre les soins accessibles à toutes les

couches de la population indigène. En fait, l'objectif étant d'attirer en vulgarisant les soins, il fallait surtout éviter que les populations ressentent le poids du coût des soins médicaux. Ce fut la raison pour laquelle, au dispensaire comme à l'hôpital, l'administration coloniale réduisit au maximum les prix et opta pour de forfaits suivant que l'on était malade hospitalisé ou non, à telle enseigne qu'il était difficile d'établir la part qui était échue à chacun des services reçus par le malade : consultation, délivrance de médicaments, pansements, opération chirurgicale, etc.

Cependant dans leurs rapports annuels, les Français présentèrent l'Assistance Médicale aux Indigènes (AMI) comme un service où la gratuité des soins était assurée aux indigènes. À ce niveau, la littérature coloniale peut être déroutante si elle n'est pas abordée avec un minimum de recul. D'abord, il faudrait que l'on saisisse bien le contenu du terme « gratuit » dans son étendue et ses limites dans la logique coloniale. Notons qu'au départ les Français n'envisagèrent pas l'AMI dans le sens de la gratuité, au contraire, ils avaient essayé de suivre le modèle de leurs prédécesseurs allemands sous le régime desquels les services médicaux étaient payants (G. Martin, 1921, p.101). L'arrêté du 2 décembre 1916 qui est considéré comme la charte de la politique de santé de la France au Cameroun ne fait mention de la gratuité des soins que pour les indigents ; il précise par ailleurs que les séances de vaccine devaient être publiques et gratuites. Mais pour le reste, les services étaient payants (J-B. Nzogué, 2011, p.189). Il ressort clairement que le pouvoir colonial attendait un rendement financier de tous les établissements médicaux, fussent-ils hôpitaux, infirmeries ou dispensaires.

Il apparaît donc que « l'assistance », du moins au départ, ne signifiait pas gratuité. Plus loin dans le même arrêté, notamment dans son titre 3, les tarifs sont énoncés suivant la situation de fortune des malades. Les consultations, la délivrance des médicaments, la ration des vivres aux malades, les journées d'hospitalisation étaient remboursées par les malades, sauf dans les cas suivants : lorsque le malade était porteur d'un certificat d'indigence délivré par le commandant de circonscription. Ce certificat indiquait clairement que le malade devait être exonéré eu égard à son état de fortune, de la totalité, des trois quarts, de la moitié ou du quart des charges qui lui incomberaient ; lorsque le malade était fonctionnaire ou employé de l'administration. Pour ce dernier cas, lorsque le malade ne payait pas les services de sa propre poche, l'administration opérait sur sa solde une retenue d'hôpital qu'elle versait à l'assistance médicale. Quand le malade fonctionnaire ou employé de l'administration était hospitalisé pour blessure reçue ou maladie contractée en service, il conservait le droit à la moitié de sa solde, l'autre moitié étant versée à l'assistance (J-B. Nzogué,

2011, p.189). Quand il s'agissait d'une simple indisponibilité, il conservait le droit à la moitié de sa solde, le service intéressé versant à l'assistance (sur l'autre moitié), pour les frais de traitement ou de pansement, une somme forfaitaire. Dans le cas de blessure ou de maladie contractée hors service, le malade perdait son droit à la solde, il était traité comme les malades payants les services reçus à leurs frais (J-B. Nzogué, 2011, p.189).

Les dispositions médicales en faveur de la gratuité des soins pour les indigents amènent penser que les faveurs accordées à ces personnes constituaient un élément majeur pour l'adhésion et l'adaptation des indigènes à la colonisation médicale de la France au Cameroun. L'étude de la prise en charge des indigents à l'hôpital indigène de Douala devenu dans les années 1940 hôpital Laquintinie de Douala nous permet de mieux justifier cette posture. La prise en charge et la gratuité des soins médicaux pour les indigents à l'hôpital Laquintinie de Douala étaient considérées comme « arme de séduction et d'adaptation » des indigènes à la médecine occidentale.

Avant toute chose, il est important de relever que les Européens installés au Cameroun n'avaient pas besoin d'aller au centre médical pour se faire soigner, ils se faisaient suivre à domicile et pour les cas graves ils étaient transférés dans les hôpitaux centraux pour y suivre des soins.⁶ L'objectif fut surtout de marquer une certaine différence entre la prise en charge de la santé des Européens et celle des populations locales. Comme dans les formations sanitaires européennes, les malades indigènes furent classés en fonction de leur état de fortune. Pourtant au début de l'occupation française du Cameroun, les Français considèrent tous les indigènes admis dans les premières formations sanitaires comme des indigents. Tout ceci à cause de non-existence du numéraire dans les habitudes économiques de ces derniers. Le troc étant requis pour les échanges, il était donc impossible pour les indigènes de payer leurs soins dans les établissements sanitaires publics. C'est pourquoi la gratuité des soins fut requise pour tous les indigènes y compris la délivrance des médicaments⁷ Les choses changèrent progressivement lorsque certains indigènes furent recrutés non seulement dans les administrations coloniales et même dans les entreprises privées. La rémunération de ces indigènes changea la donne et détermina l'état de fortune des uns et des autres. C'est ainsi que la France distingua deux catégories de malades parmi les indigènes : les malades non payants et les malades payants.

L'admission dans une formation hospitalière se faisait grâce à l'obtention d'un billet d'entrée. Le billet d'entrée était signé par le médecin.

⁶ RAONU, 1949, p.149.

⁷ JOCF, 1917, p.17

Il portait le nom du malade et en outre : S'il était employé dans un corps ou service, civil ou militaire, son emploi, son grade, sa fonction, la solde et les allocations en deniers qu'il recevait de son corps ou service pendant l'hospitalisation, le degré d'indigence et le tarif de remboursement ; S'il était civil, non employé public, la mention qu'il devait ou ne devait pas être considéré comme indigent à la charge totale ou partielle de l'assistance médicale, et dans ce dernier cas, le degré d'indigence, le taux de remboursement de la journée d'hôpital à lui appliquer.⁸ Appartenant au groupe des malades non payants, les indigents d'après l'administration coloniale étaient considérés comme ces personnes dont les revenus assez bas ne permettaient pas de s'assurer les soins payants⁹ ou dont les moyens ne permettaient pas de rembourser la journée de traitement à l'hôpital.¹⁰

Dès son installation au Cameroun l'administration coloniale française décida de déterminer les conditions d'admission des malades indigènes dans les formations hospitalières publiques. De manière générale pour être admis à l'hôpital ou dans tout autre établissement hospitalier, il fallait se doter d'un billet d'hôpital délivré par le médecin. Ce billet permettait aux malades indigènes de bénéficier des soins. Dans le cas spécifique des indigents, il leur était établi un certificat d'indigence¹¹ pour bénéficier des soins dans les formations sanitaires publiques comme nous l'avons précisé plus haut. Ce certificat permettait non seulement de faire la différence entre les indigents et les autres catégories des malades mais assurait aux indigents des soins. Par ailleurs, le certificat d'indigence déterminait le type d'indigent qui devait bénéficier des soins à l'hôpital.¹²

Ces prescriptions étaient implémentées en ce qui concerne la prise en charge de la santé des indigents à l'hôpital Laquintinie de Douala. Étant le seul hôpital indigène du même acabit que l'hôpital européen, cette formation sanitaire devait à son niveau prendre des dispositions de prise en charge des indigents conformément aux textes en vigueur. Dans les faits, les soins étaient gratuits pour les malades indigènes non payants parmi lesquels les indigents. Pour ce qui les concerne, les indigents avec vérification de leur situation recevaient le carnet d'indigence qui leur était remis par le personnel sanitaire avant de suivre l'itinéraire des soins à eux réservé. C'est ainsi qu'ils étaient pris en charge jusqu'à leur guérison avant de rentrer chez eux ou être mis à disposition de l'administration coloniale.

Une fois admis à l'hôpital Laquintinie, les indigents avaient effectivement accès aux mêmes soins que les patients payants, ce qui était

⁸ JOCF, 1917, p.31.

⁹ JOCF, 1930, p.757.

¹⁰ JOCF, 1916, p. 30-31.

¹¹ JOCF, 1917, p.126.

¹² Ibid.

une avancée significative dans un contexte colonial marqué par des inégalités. Cela reflétait une certaine reconnaissance de l'importance de la santé des populations locales, qui était essentielle pour maintenir une main-d'œuvre productive au service de l'administration coloniale. Cependant, la disparité dans l'alimentation était un point de tension. Alors que les patients payants bénéficiaient d'une nutrition adéquate et variée, les indigents recevaient souvent une alimentation de moindre qualité, ce qui pouvait nuire à leur rétablissement. Cette différence dans les conditions de vie et de soins soulignait les inégalités persistantes dans le système de santé colonial, mettant en lumière les limites des soins offerts aux populations noires, même dans un établissement qui prétendait traiter tous les patients de manière égale. Le tableau après la présente de la manière suivante :

Tableau 2 : Ration des indigents dans les formations sanitaires publiques en 1937

Aliments constituant un repas	Quantité
1° tubercules divers.....	2 kgs
Ou bâton de manioc.....	1kg
Ou riz du pays.....	0kg
Ou bananes.....	1kg
Ou mil.....	-
2° viande fraîche.....	0kg
Ou poisson sec.....	0kg
3° matières grasses.....	-
4° sel.....	-

Source : JOCF, 1937, p.236.

Le tableau ci-dessus montre à suffisance que les indigents malgré leur prise en charge au même titre que les malades payants ne pouvaient pas bénéficier de la même ration pour la seule raison que par le paiement de leurs soins, les malades payants devaient avoir une alimentation assez équilibrée. En 1932 par exemple, la France précisa la ration alimentaire des malades payants à l'exemple des chefs et notables indigènes comme le précise le tableau 3.

Tableau 3 : Ration des chefs et notables indigènes en 1932

Aliments constituant un repas	Poids des aliments
Viande ou poisson	200 grammes
Frais	300
Sec	100
Légumes	250 grammes
Riz	1kg
Macabo	1kg
Bananes	1kg
Patates	1kg
Pain	100 grammes
Un dessert, Boissons : thé ou citronnelle	-

Source : J.O.C.F 1932, p.278.

Malgré cet écart entre l'alimentation des deux types de malades, l'administration coloniale fit tout ce qui fut à son pouvoir pour que les indigents bénéficient aussi des soins. Cette prise en charge des indigents à l'hôpital Laquintinie de Douala fit à ce que les indigènes commencèrent peu à peu à faire confiance à la médecine occidentale malgré la réticence de certains. Cela s'explique par la proclamation des « résultats prodigieux » de la médecine occidentale non seulement par l'administration coloniale mais aussi par les indigènes. En effet, cela fut constaté dès le début de l'installation française en ces termes :

De plus en plus, s'affirme le fait que les indigènes du Cameroun, ne se distinguant en ceci en aucune manière des autres peuplades ou races du continent africain, se rendent compte, malgré eux, de la valeur de nos praticiens, de « nos sorciers », et de l'efficacité des médicaments qu'ils emploient. La clientèle journalière des dispensaires augmente chaque jour en raison directe, non pas très heureusement, de l'extension des maladies, mais simplement du retentissement des nombreuses cures obtenues.¹³

La situation à l'hôpital Laquintinie reflète bien les tensions entre la médecine occidentale et les pratiques traditionnelles. De nombreux malades indigènes, considérés comme « indigents », ont en effet été attirés par la promesse d'une guérison rapide grâce à la médecine occidentale. Cette adaptation pouvait être perçue comme une ruse ou un opportunisme, visant à bénéficier des ressources disponibles tout en préservant une certaine connexion aux pratiques de guérison traditionnelles. Cependant, lorsque les traitements occidentaux ne produisaient pas les résultats escomptés, les familles n'hésitaient pas à réagir en retirant leurs proches pour les confier à des tradi-praticiens, en quête de solutions qui leur semblaient plus adaptées ou efficaces. Cela souligne non seulement la méfiance envers la médecine coloniale, mais aussi la valeur et la crédibilité accordées aux savoirs traditionnels. Cette dynamique témoigne d'un système de santé en tension, où les attentes des patients et des familles face aux traitements occidentaux se heurtaient aux réalités des pratiques médicales. Ainsi, malgré l'accès aux soins, les malades indigènes demeuraient souvent pris entre deux mondes, naviguant entre la médecine moderne et leurs propres traditions de guérison.

L'indigène malade est animé par le désir d'obtenir une prompte guérison. Très souvent, le premier choix peut porter sur l'hôpital, mais comme les effets positifs de certains médicaments sont très lents à se manifester, l'on préfère évacuer le malade après les premiers soins à l'hôpital pour se confier au tradipraticien. L'alibi avancé en de pareilles circonstances est « l'incapacité de la médecine moderne à soigner certaines maladies.¹⁴

¹³ RASDN, 1922, p.31.

¹⁴ RAONU, 1950, p.235.

Tout compte fait, malgré la réticence des populations indigènes à adhérer à la médecine occidentale, la construction de l'hôpital indigène de Douala devenu plus tard hôpital Laquintinie de Douala contribua à faire adhérer les populations à la médecine européenne et facilita leur adaptation à cette dernière.

Conclusion

Ce travail met en lumière la manière dont la prise en charge des indigents à l'hôpital Laquintinie de Douala a servi de levier pour promouvoir la médecine coloniale française au Cameroun. Dès le début de la colonisation, les populations locales manifestaient une résistance à la médecine occidentale, préférant leur pratique traditionnelle. Pour surmonter cette résistance, la France a utilisé divers outils, tels que le christianisme, l'éducation, et le soutien de certains indigènes. Malgré ces efforts, l'adhésion à la médecine coloniale est restée limitée. La gratuité des soins pour les indigents à l'hôpital Laquintinie a été une stratégie clé pour attirer les patients, mais il est révélateur que les soins offerts aux indigents étaient souvent de moindre qualité que ceux destinés aux patients payants. Cela a conduit à une faible, mais croissante fréquentation de l'hôpital par les indigènes, tout en soulignant les inégalités inhérentes au système de santé colonial. En fin de compte, bien que l'hôpital Laquintinie ait joué un rôle dans l'extension de la médecine coloniale dite « moderne », il a aussi révélé les tensions et les contradictions d'un système qui cherchait à imposer des normes médicales tout en dépendant de la prise en charge des plus vulnérables. Cette dynamique illustre non seulement l'adaptation des indigènes à la médecine coloniale, mais aussi la complexité des relations entre colonisateurs et colonisés dans le domaine sanitaire.

Sources et références bibliographiques

Sources numériques

Page Facebook « Cameroun Retro Photos du passé ».

<https://www.doualart.org>.

<https://www.ordredelalibération.fr>.

Sources des Archives Nationales de Yaoundé

3 AC 1620, Vaccinations. Méfiance des populations envers les vaccinations, 1957.

APA 394/2, Fausses rumeurs au sujet des vaccinations, 1957.

JOCF, 1937.

JOCF, 1932.

J.O.C, 1930.

JOCF, 1926.

JOCF, 1920.

JOCF, 1917.

JOCF, 1916.

RASDN, 1921.

RAONU, 1949.

RAONU, 1950.

Rapport du Cameroun, 1924.

RASDN, 1922.

Références bibliographiques

ADU BOAHEN Albert, 1987, Histoire générale de l'Afrique, l'Afrique sous domination coloniale, 1880-1935, vol 7, Paris, Unesco/NEA.

KODIA MANCKESSI Dreid Miché, 2020, « Formation des matrones indigènes aux tâches de santé maternelle au Moyen-Congo de 1936 à 1960 », in Revue de langues, lettres, sciences humaines et sociales, Université Norbert Zongo, vol.1, n°11, p.143-166.

LACHENAL Guillaume, 2017, Le médecin qui voulut être roi : Sur les traces d'une utopie coloniale, Paris, Éditions du Seuil.

LE COUR GRANDMAISON Olivier, 2014, L'Empire des hygiénistes. Faire vivre aux colonies, Domont, Fayard.

MARTIN Gustave, 1921, L'existence au Cameroun, Études sociales, Études médicales, Études d'hygiène et de prophylaxie, Paris, Émile Larose.

MVE BELINGA Jeannot, 2011, La médecine traditionnelle et l'évolution de la santé au Cameroun : le cas de l'aire culturelle Fang-Beti-Boulou 1924-2003, Thèse de Doctorat PhD en Histoire, UY1.

NZOGUE Jean-Baptiste, 2010, La santé publique au Cameroun sous administration française, Thèse de Doctorat PhD, en Histoire, U.Y1.

VIDAL Laurent et KUABAN Christopher, 2010, Sida et Tuberculose : la double peine ? Institutions, professionnels et sociétés face à la co-infection au Cameroun et au Sénégal, Louvain-la Neuve, Bruylant-academia.

WANG Sonnè, 1983, Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française, Thèse de doctorat 3^e cycle, U.Y.

MAZAYU Revue congolaise d'histoire – N°1, Décembre 2024

Mazayu (zayu, au singulier) est un mot kongo, une langue parlée en Afrique centrale et dans les Amériques. Le dictionnaire de Karl Laman, *Dictionnaire kikongo-français* (p.515 ; p.1157) et celui de Pierre Swartensbroeckx, *Dictionnaire kikongo kituba-français* (p.784) donnent plusieurs définitions de ce terme, entre autres : connaissances, sens, sagesse, discernement, intelligence, jugement, conscience de, raison, conception, érudition, faculté de comprendre, de concevoir. *Mazayu* se donne l'ambition de promouvoir les connaissances dans le domaine de l'histoire. Par sa nature et son objet, l'histoire permet d'élucider l'origine, l'organisation, l'évolution et le développement d'un peuple. La connaissance du passé d'un peuple ouvre la possibilité de comprendre les lois du développement des sociétés par observation et analyse des expériences historiquement enregistrées. L'interaction entre histoire et développement des sociétés humaines est un phénomène général. Ainsi, *parce que l'histoire est prise de vue sur le passé des hommes, elle met de plain-pied l'historien avec la pratique des sociétés du passé : pratique économique, sociale politique et idéologique. Elle aide donc appréhender la racine des problèmes du présent non seulement de manière théorique et spéculative, mais aussi de manière concrète par les exemples qu'elle révèle* (Jean-Noël Loucou, Christophe Wondji, 1976, « Histoire et développement », *Cahiers d'études africaines*, vol. 16, n°61-62. Histoire africaine : constatations, contestations, p. 80). Cette relation justifie le choix de la coquille de *nkodia*, l'escargot, comme logo de la revue. En effet, dans la tradition kongo, le *nkodia* est le symbole multidimensionnel de l'héritage ancestral, le symbole de l'évolution des êtres, de la croissance et du développement des sociétés. Histoire et développement, tel est le substrat ontologique sur lequel *Mazayu* trouve son fondement.

Contributeurs : Ladislas Nze Bekale, Georges Miembaon, Aris Cristel Kibamba Kikoulou, Jheff Ardrigue Nsogo Mouissi, Raldich Jorel Ndongani, Abé Laurent Abé, Donal Arsène Maladi Mouanda, **Patrick Léonel Mendo**, Zéphirin Sah, Méchak Gilmalik, Émilie Zola Kalufuako, Eliezer Mbani, Arsène Francoeur Nganga.

ISSN : 3078-9036