

# Médecine occidentale au Cameroun sous administration française: entre heurts et stratégies d'implantation

Jean Gormo\*  
Jeannot Belinga\*\*

p. 141-148

## Introduction

L'action sanitaire de la France dès ses débuts n'a pas reçu un écho favorable au Cameroun. Elle a été combattue non seulement par une partie de la population autochtone qui souhaitait le retour des Allemands, mais aussi par les guérisseurs traditionnels qui voyaient en la présence de l'administration coloniale française et leurs méthodes de traitement, la perte de leur souveraineté thérapeutique.

La situation de cohabitation «pacifique» entre la médecine traditionnelle et celle occidentale est en fait le produit d'une longue évolution dont les débuts n'ont pas été aisés. S'interroger sur ce pan de l'histoire médicale du Cameroun, c'est nécessairement s'intéresser aux premières phases tumultueuses qui ont caractérisées les rapports entre les deux civilisations d'une part et d'autre part, c'est analyser les différentes stratégies mises en œuvre pour réguler la situation. La réflexion se focalise dans un premier temps sur le choc issu du contact entre médecine traditionnelle et médecine occidentale, dans une seconde phase, on s'intéresse aux différentes stratégies mises au point par l'administration coloniale française pour imposer la médecine occidentale.

## I – Le choc des civilisations thérapeutiques

La médecine traditionnelle a été pendant longtemps le seul moyen de soins de santé pour les populations camerounaises. Elles prélevaient à cet effet leurs produits thérapeutiques dans l'environnement végétal qui leur offrait l'essentiel de leurs remèdes à travers feuilles, écorces, racines et sèves.

---

\* ENS – Marone (Cameroun)/CEAUP.

\*\* ENS – Marone (Cameroun).

L'avènement de la médecine occidentale consécutive à la colonisation met à mal les pratiques traditionnelles. Afin de respecter les consignes de la Société des Nations basées sur la protection de la population et dans la perspective de l'épanouissement total de ces dernières, la France mit sur pied un arsenal médical. Il fallait à cet effet combattre tout ce qui pouvait porter atteinte à ce «noble» objectif, celui de soigner l'homme par le biais des pratiques modernes. Le contact entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale a entraîné un choc de civilisations thérapeutiques.

Ce choc entre les civilisations thérapeutiques s'observe à trois niveaux notamment: aux niveaux des populations, des tradipraticiens et de l'administration coloniale.

### 1. Au niveau des populations

Les populations voyaient en la médecine occidentale un moyen sûr de perdre les traditions et de couper le cordon avec les ancêtres. La médecine traditionnelle africaine intègre de manière profonde les us et coutumes des différentes sociétés dans les lesquelles elle se développe. Dans un rapport publié par l'OMS (2006), nous avons un contour plus net de la médecine traditionnelle africaine.

Pour l'Africain, le concept originel de la nature inclut tout à la fois le monde matériel, l'environnement sociologique, vivant ou mort, ainsi que les forces métaphysiques de l'univers. Cette notion est fondamentale pour saisir la médecine traditionnelle africaine qui sous toutes ses formes, reflète un mode de vie, un mode de pensée ou de culture suivant la facette de la civilisation africaine. Aussi remettre en honneur cette médecine en la transférant du stade oral où elle se trouve actuellement confinée, au stade écrit contribuera à revaloriser l'identité de l'homme africain dans son être même: sa personnalité spécifique et sa culture originelle.

Aussi, pouvons-nous ajouter que la remise en cause de cette médecine en la reléguant aux pratiques inhumaines de sorcellerie contribuerait à dénier à l'Africain toute son identité d'homme, sa personnalité spécifique et ses traditions.

Au regard de ce qui précède, le traitement d'une maladie en Afrique traditionnelle prend en compte le respect d'un certain nombre de rites qui, pour la plupart font référence aux ancêtres. Adopter ainsi la médecine occidentale revient à renier, à oublier un pan important de la tradition. La position des populations locales est d'autant plus renforcée que les méthodes des deux médecines diffèrent.

En effet, dans la conception africaine, le malheur/maladie survient lorsque les principes sociaux de cohésion sont transgressés et cela entraîne la punition des ancêtres. Il faut alors de toute urgence rechercher cette cohésion. Les rites, les sacrifices étaient ainsi nécessaires. Vouloir effacer ces réalités traditionnelles pour imposer une nouvelle doctrine, était difficile. Cette opposition des populations locales à l'implantation de la médecine occidentale se traduit par l'observation de certaines attitudes qui présageaient le refus catégorique de ces dernières d'intégrer ce nouveau mode de traitement. On notait alors la désobéissance aux ordres donnés par les médecins français. C'est ainsi que, les indigènes vauaient à leurs occupations lorsqu'un lancement de campagne de vaccination ou de dépistage des maladies était signalé (le dépistage de certaines maladies comme la lèpre, la maladie du sommeil). L'attitude des populations locales traduit s'il en était encore besoin l'attachement à la médecine traditionnelle et le dénigrement de celle occidentale. Cette posture défavorable à la médecine occidentale est davantage renforcée

par des scènes devenues courantes. En effet, le dépistage des malades, particulièrement les trypanosomés, était accompagné des méthodes coercitives (Mvé, 2012). Ce déploiement et ces méthodes coercitives entraînaient la fuite des populations et renforçaient la position des guérisseurs.

## 2. Pour les tradipraticiens

Les tradipraticiens ne se sont pas laissés «écraser» dans ce domaine qui est pour eux, une identité, d'où leurs multiples mouvements d'humeur contre l'avènement de la médecine occidentale. La présence du colonisateur faisait perdre le prestige qu'avaient ces praticiens dans la contrée.

La médecine traditionnelle représentait au-delà de sa dimension curative, une source de revenu non moins négligeable pour les guérisseurs. La perte de leur autorité auprès des populations selon eux, les rendrait économiquement vulnérables (Gormo, 2005). Léonard Kenneth (2001) remarque que «les guérisseurs traditionnels fournissent des soins de santé pour lesquels les Africains ont toujours payé. Même avec l'expansion de la médecine moderne, les guérisseurs sont toujours populaires et reçoivent des honoraires».

Dotés des pouvoirs mystico-religieux, les guérisseurs étaient craints, respectés et redoutés. Dans les sociétés africaines traditionnelles, ces hommes aux pouvoirs surnaturels occupaient une place non moins négligeable. Ils étaient les conseillers des chefs en matière de santé, de guerre. Ils assistaient le chef dans l'accomplissement des tâches liées à la protection des populations. Ils étaient régulièrement consultés en cas d'épidémies ou de maladies aux origines inconnues. Au regard de toutes ces sollicitations dont ils faisaient l'objet, les guérisseurs traditionnels étaient en fait au centre de la vie des sociétés traditionnelles africaines. L'intrusion de la médecine occidentale contribuerait à les démystifier et à les rendre communément accessibles.

## 3. Pour l'administration française

Étant un rapport de force, il était logique que la victoire soit du côté des «civilisés». Afin de justifier sa mission civilisatrice, la France avait tout intérêt à imposer la médecine occidentale. Au-delà des visées philanthropiques, la France luttait contre les nombreuses maladies pour des raisons économiques. Dans la perspective d'une exploitation efficiente de la colonie, la nécessité d'avoir des personnes valides était un impératif.

Lorsque la France prend la charge du Cameroun, son intention première est de mettre sur pied une politique de soins permettant aux populations de jouir d'une meilleure santé. C'est pour cette raison que toutes les conditions ont été mises sur pied pour atteindre ces objectifs (Beaudiment, 1952).

Devant la réticence des populations locales, la position de la France ne pouvait qu'être une posture d'imposition. En effet, le refus de l'implantation de la médecine moderne occidentale par les populations est considéré par la France comme une insoumission, un acte de défiance et même de rébellion. Il était donc question pour elle d'user de tous les moyens susceptibles de briser cet affront. Pour ce faire, l'administration coloniale française met en place un certain nombre de mécanismes qui vont l'aider à implanter cette médecine.

## II- Les stratégies de l'administration française

Deux différentes méthodes ont été utilisées pour imposer la médecine occidentale au Cameroun.

### 1. La chasse aux «sorciers»

Au regard de l'engouement que leur accordaient les populations, les Français ont choisi de s'attaquer directement aux guérisseurs. Pour eux, le système traditionnel de soins de santé était un mélange de choses disparates qui n'ont aucune signification sinon, de «pratique de sorcellerie». Selon Mbonji Edjenguèlè (2009), «[...] pendant qu'elle était pratiquée par la population locale, la médecine traditionnelle était pourchassée parce que perçue comme un salmigondis de superstitions et de sorcellerie». Cet état de chose aboutit à l'interdiction officielle de la thérapie traditionnelle<sup>1</sup>.

Les différents Commissaires ayant séjourné au Cameroun s'étaient attelés à marquer la présence de la France et à faire oublier par tous les moyens le passé allemand dans les esprits des indigènes. De J. G. Carde à A. F. Bonnacarrère en passant par Th. P. Marchand, pour ne citer que ces trois Hauts-Commissaires, leurs missions étaient de marquer les empreintes de la France afin de respecter la mission qui lui avait été assignée par la SDN. Malheureusement, les effets s'étaient fait ressentir sur la culture même des autochtones. J. G. Carde comme Commissaire de la France au Cameroun de 1919 à 1923, avait une mission bien définie à savoir: faire oublier le passage des Allemands au Cameroun (Abwa, 1998).

De même, le Commissaire Th. P. Marchand qui prit les commandes après Carde au Cameroun de 1923 à 1933 et dont la caractéristique principale selon Daniel Abwa (1998), était de «mettre les populations camerounaises dans les meilleures conditions d'obéissance aux autorités coloniales, créant ainsi un environnement propice à l'exploitation coloniale», avait eu un impact négatif sur l'activité des tradipraticiens. En effet, tout tradipraticien rebelle qui exerçait dans la clandestinité et qui ne voulait pas obéir à la réglementation interdisant la pratique de la médecine traditionnelle, s'exposait aux poursuites judiciaires. Cette «mise au pas des populations du Cameroun» par le Commissaire Marchand avait eu un impact dans toute l'étendue du territoire national. En effet, les deux décrets qui avaient été signés en 1924 désorganisaient la structure sociale des populations. L'un limitait la mobilité des populations indigènes et l'autre organisait la pratique de l'indigénat.

Ainsi, le premier décret empêchait les mobilités humaines dans l'ensemble du territoire camerounais<sup>2</sup>. L'indigène était alors condamné à rester dans sa circonscription de peur d'être arrêté puis puni par des peines d'emprisonnement allant de quinze jours à six mois et de cinq à dix ans en cas de récidive<sup>3</sup>. Chaque chef d'unité administrative devait appliquer strictement ces textes. Le 08 août 1924, Marchand s'adressait aux chefs de circonscriptions administratives en ces termes:

1 ANY, 1AC, 1761/5 "guérisseurs indigènes", 1953, p. 4.

2 JOC, 1924, pp. 357-358.

3 Ibid.

Je vous prie de bien vouloir inviter les chefs supérieurs et de villages à signaler sous leur responsabilité tout individu de provenance étrangère à leur groupe. Vous aurez à vérifier si les hommes ainsi indiqués ont des moyens d'existence qui puissent justifier leur séjour à l'extérieur de leur groupement d'origine. Vous ferez ramener à leur subdivision tous les errants, tous les individus dont le vagabondage constitue un danger au double point de vue sanitaire et politique.<sup>4</sup>

Le paragraphe 24 de l'arrêté du 04 octobre 1924 signé par le Commissaire Marchand permet d'appliquer les peines disciplinaires prévues dans le décret du 08 août 1924. L'arrêté du 15 octobre 1924 détermine les infractions spéciales entre autres: l'infraction n.° 13 qui parle de pratique de sorcellerie et le paragraphe 34 de cet arrêté classe les pratiques d'usages médicaux et utilisation de médicaments en dehors du contrôle de l'Administration<sup>5</sup>. Les tradipraticiens devaient donc bien se tenir, car selon l'administration française, la pratique de la médecine traditionnelle est conçue comme "pratique de sorcellerie". La question que l'on se pose est de savoir si la médecine traditionnelle est synonyme de sorcellerie? Mbonji Edjenguèlè (2009) apporte la réponse en ces termes:

Il est inutile d'objecter que la médecine traditionnelle n'est pas de la sorcellerie; elle l'est pour les rédacteurs de ces textes [...] Il serait simplement souhaitable que l'application de la loi soit éclairée par une connaissance savante de la complexité de la médecine traditionnelle qui n'a rien à voir avec la magie et la sorcellerie [...].

Il faut noter ici que même avec l'institution de l'usage du laissez-passer au Cameroun par l'article 04 de l'arrêté du 07 août 1925 promulguant le décret du 09 juillet 1925<sup>6</sup>, les populations locales éprouvaient toujours des difficultés pour se déplacer d'une circonscription à une autre, car tout le monde n'avait pas la possibilité d'obtenir ce laissez-passer; en plus, la procédure d'obtention était très longue. Les malades éprouvaient d'énormes difficultés pour se rendre d'un centre à un autre ou alors d'une circonscription à une autre à cause de ce texte qui limitait leurs mouvements (Noumbissié, 1995). Bien avant l'arrêté de 1925 instituant l'usage du laissez-passer, un passeport sanitaire<sup>7</sup> ou fiche sanitaire était déjà institué par l'arrêté du 30 janvier 1923 du Commissaire J. Carde. Ce texte portait organisation d'un service de surveillance et de prophylaxie de la maladie du sommeil<sup>8</sup>. L'article 14 stipule qu'il était interdit aux sommeilleux de changer de village sans autorisation de l'autorité locale<sup>9</sup>. A ce titre, les chefs de village étaient tenus de signaler immédiatement tout départ qu'ils ne pouvaient empêcher et donner des indications permettant de retrouver le malade. En son article 16, cet arrêté précisait que dans le secteur de prophylaxie, tout indigène, qu'il soit trypanosomé ou non, désirant s'installer dans un village autre que celui où il est régulièrement inscrit, devait en solliciter l'autorisation auprès du chef de subdivision de sa compétence. Qui plus est, l'article 17 précisait qu'aucun indigène ne soit autorisé à sortir du secteur de prophylaxie s'il n'est muni du passeport sanitaire<sup>10</sup>. Enfin, l'article 20

4 ANY, APA 11776/A, Lettre-Circulaire du 8 août 1924, cité par D. Abwa, *Commissaires et Hauts-Commissaires de la France*, 1998, pp. 130-131.

5 JOC n.° 107 du 15 octobre 1924, pp. 432-433.

6 JOTC, 1924, cité par D. Abwa, *Commissaires et Hauts-Commissaires*, 1998, p. 131.

7 Le passeport sanitaire était délivré par le médecin-chef du secteur de prophylaxie.

8 JOC., n.° 67 du 4 janvier 1923, p. 36.

9 Ibid.

10 JOC., n.° 67 du 4 janvier 1923, pp. 47-48.

prescrit que tout indigène qui entre dans le territoire sans son passeport sanitaire, soit considéré comme suspect<sup>11</sup>.

Dans sa circulaire n.° 42, les instructions du Commissaire Repiquet à messieurs les chefs de région, stipulent que: «Aussi importe-t-il que vous réagissiez contre ces pratiques toutes les fois qu'elles vous sont signalées par les médecins ou par les praticiens. Vous êtes suffisamment armés pour cela<sup>12</sup>». Il faut noter dans ce télégramme la hargne avec laquelle l'administration coloniale française annonçait des mesures qui devaient impérativement être prises pour combattre les guérisseurs traditionnels et tous ceux qui y participaient de près ou de loin. De peur d'être arrêtés et emprisonnés, certains guérisseurs avaient arrêté leur service. Toute fois, certains plus têtus et conservateurs continuaient à exercer dans la clandestinité. C'était le début de la régression des pratiques médicales traditionnelles. Dans cet intervalle de temps, la médecine traditionnelle n'était plus contenue dans le vocabulaire des patients. Elle avait commencé à perdre ses lettres de noblesse d'antan. Les chefs avaient alors la responsabilité de dénoncer les tradipraticiens au passage de l'équipe médicale<sup>13</sup>.

La poursuite engagée par l'administration coloniale avait entraîné inéluctablement la régression de la pratique traditionnelle. Pourtant, selon Eric de Rosny cité par Laburthe-Tolra (1999), on ne peut pas abolir les croyances par décret. Il loue les tradipraticiens qui travaillent à restaurer autour de leurs malades, un cercle de sérénité retranché de l'espace des ténèbres et qui rendent ainsi le goût de vivre à ceux qui leur font confiance.

## 2. L'action des Eglises

Comme le souligne Engelbert Mveng (1985): «dans l'œuvre médicale, il serait injuste d'oublier les missions catholiques et protestantes». La France voulait dans sa lancée de conquête et de pacification des populations, faire respecter sa mission, celle de civiliser et surtout, d'apaiser les maux qui minaient les populations par le biais de la médecine occidentale. De 1916 à 1960, trois grandes congrégations missionnaires se bousculent au Cameroun notamment les missionnaires du Saint-Esprit qui prenaient la relève dans la partie orientale (dans le Littoral, au Sud, au Centre et à l'Est); les missionnaires du Sacré-Cœur qui continuaient l'évangélisation des territoires allant de la rive droite du Wouri au pays bamiléké; et les Oblats de Marie-Immaculée qui plus tard en 1946, prenaient le Nord-Cameroun, qui jusque là était considéré comme zone de l'Islam (Anonyme, 1992).

L'Eglise se démarque du pouvoir colonial en donnant une orientation plus spécifique à sa politique scolaire. Mais cet objectif va avoir un impact négatif sur la médecine traditionnelle, car ce mode de soins avait été taxé de «pratique de la sorcellerie». Etant donné que la religion chrétienne, selon ses dogmes n'admettait pas ces pratiques, la population locale devait arrêter de fréquenter les tradipraticiens.

Réalisant la nécessité d'approfondir l'éducation et l'instruction des «indigènes», l'Eglise mit en place à Yaoundé dès l'année 1923 un petit séminaire qui, en fait fut le premier établissement d'enseignement du second degré dans le Cameroun français. Dans l'esprit de la hiérarchie catholique, cette œuvre visait avant tout à avoir des pas-

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> ANY, APA, Santé, 1932, p. 8

<sup>13</sup> ANY. 1AC 1637/8. Guérisseurs indigènes. Comportement. Circulaire n°42 du 24 avril du gouverneur aux chefs de régions relatives au comportement des guérisseurs indigènes, 1935.

teurs autochtones au service de l'évangélisation du Cameroun, car selon cette option, ils étaient les seuls à pouvoir maîtriser la mentalité et les coutumes ancestrales. Cela devait également permettre aux missionnaires de mieux lutter contre les pratiques indigènes dont la médecine traditionnelle. Les pasteurs indigènes avaient donc pour mission de dire à leurs semblables d'abandonner toutes les pratiques jugées négatives et assimilées à la sorcellerie.

Les pratiques traditionnelles de soins étaient alors victimes de ces rivalités spirituelles<sup>14</sup>. Les tradipraticiens étaient pourchassés à travers l'évangile. Les indigènes, convertis au christianisme, abandonnaient la route des tradipraticiens pour celle de l'Eglise et le centre de santé où le dispensaire était désormais les lieux indiqués pour recouvrer sa guérison. A partir de là, l'action des missions chrétiennes avait dénigré les guérisseurs, les considérant comme des sorciers. Les enfants, symbole du monde de demain, devaient subir cette nouvelle éducation. Les missions chrétiennes s'établissaient en fonction de la population, de l'ouverture des routes vers l'intérieur pour répandre le christianisme et civiliser (Ngongo, 1982). L'enseignement des missionnaires, basé sur la douceur, le pardon, la croyance, avait favorisé et préparé la voix aux administrateurs car les prêtres avaient une ascendance sur les populations indigènes. L'Eglise proche des cellules rurales, avait joué un rôle fondamental dans la transformation des conceptions médicales précoloniales. Les missionnaires menaient une lutte contre les fétiches et les sociétés secrètes. Le combat était fondé sur l'amalgame au nom d'un christianisme rigoureux (Bouchaud, 1958).

## Conclusion

En somme, l'action sanitaire française sur la dynamique de l'évolution de la médecine traditionnelle a eu un impact non seulement sur les populations autochtones mais aussi sur l'ensemble de l'environnement thérapeutique du Cameroun. Le choc issu du contact entre les deux systèmes de soins de santé pendant la période coloniale et la hargne avec laquelle l'administration coloniale française traitait les tradipraticiens, avait malheureusement favorisé le recul des soins de santé traditionnels. L'administration coloniale française a mis en œuvre des stratégies pour imposer la pratique de la médecine occidentale. En effet, à travers la chasse aux guérisseurs traditionnels considérés comme des «sorciers» et le rôle joué par les églises dans la négation de la validité de la médecine traditionnelle, les Français ont pu imposer la médecine occidentale. Heureusement après les indépendances l'OMS, véritable défenseur des soins de santé traditionnelle, encourage les Etats membres de cette organisation à intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes de soins de santé. La médecine traditionnelle et la médecine occidentale évoluant en synergie, peuvent réduire les cas de maladies les plus courantes. Lorsque cette complémentarité horizontale s'établira entre les deux systèmes de soins de santé, les populations se porteront de plus en plus mieux. C'est ce que cette modeste contribution à la «santé pour tous» souhaite.

<sup>14</sup> L'Administration coloniale collaborait avec les religieux pour obliger les indigènes à se débarrasser de leurs gris-gris. Chaque chrétien était tenu d'apporter toutes les amulettes au prêtre.

## Références bibliographiques

### Archives

#### ANY: Archives Nationales de Yaoundé

- ANY, APA, Santé, 1932, p. 8  
 ANY, JOC (Journal Officiel du Cameroun), 1924.  
 ANY, 1AC, 1761/5 "guérisseurs indigènes", 1953, p. 4.  
 ANY, JOC (Journal Officiel du Cameroun), n.° 67 du 4 janvier 1923, p. 36.  
 ANY, APA 11776/A, Lettre-Circulaire du 8 août 1924,  
 ANY, JOC n.° 107 du 15 octobre 1924.

### Ouvrages et articles

- Abwa, Daniel (1998), *Commissaires et Hauts-Commissaires de la France au Cameroun 1916-1960*, Yaoundé, PUY, Presses de l'UCAC.
- Anonyme, *L'enseignement catholique au Cameroun 1890-1990*, Yaoundé, Publication du Centuaire, 1992, p. 46.
- Beaudiment, M.C (1952), «Service d'hygiène mobile et prophylaxie au Cameroun», *Encyclopédie mensuelle d'Outre-Mer*, vol. 1.
- Bouchaud, J. R. P (1958), *L'Eglise en Afrique noire*, Paris, La Palatine.
- Gormo, J (2005), «Les hommes et les plantes dans les sociétés toupouri et massa de l'Extrême-Nord Cameroun du XIX<sup>ème</sup> au XX<sup>ème</sup> siècle», Thèse de Doctorat Ph.D en Histoire, Université de Ngaoundéré.
- Laburthe-Tolra, Philippe (1999), *Vers la Lumière ou le Désir d'Ariel, A propos des Beti du Cameroun; Sociologie de la conversion*, Paris, Karthala.
- Léonard Kenneth (2001), «Les guérisseurs traditionnels africains: l'économie de la santé», *Notes CA/Banque Mondiale*, in <http://www.worldbank.org/afr/ik/french/friknt32.pdf>, consulté le 05/09/2013.
- Mbonji, Edjenguèlè (2009), *Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre traditionnelle*, Yaoundé, PUY.
- Mvé Bélinga, J. (2012), «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 Ph.D en Histoire, Université de Yaoundé I.
- Mveng, Engelbert (1985), *Histoire du Cameroun*, Yaoundé, CEPER.
- Ngongo, Louis Paul (1982), *Histoire des forces religieuses au Cameroun*, Paris, Karthala.
- Noumbissie, S. (1995), «Les représentations de la maladie du sommeil au Cameroun: le cas de l'axe Akonolinga-Ayos 1916-1931. Approche historique», Mémoire de maîtrise en Histoire, Université de Yaoundé I.
- OMS, (2006), *Rapport sur la médecine traditionnelle*, Genève.