

RAHES

Revue Africaine d'Histoire
Économique et Sociale

ISSN-L : 3080-5961

ISSN-P : 3080-5953

Revue semestrielle

Numéro

01

Novembre 2025

www.rahes.net

Revue Africaine d'Histoire Économique et Sociale

ISSN-L : 3080-5961

ISSN-P : 3080-5953

RAHES , N°01, Novembre 2025
Revue d'Histoire Économique et Sociale
www.Rahes.net

RAHES
Revue d'Histoire Économique et Sociale
Laboratoire de Recherche en Sciences Historiques (LARSHI)
Département d'Histoire
Université Alassane Ouattara – Bouaké Côte d'Ivoire

N° 01
Novembre 2025

COMITE DE RÉDACTION DE LA REVUE

DIRECTEUR DE PUBLICATION : M. BRINDOUMI ATTA KOUAMÉ JACOB
RÉDACTEUR EN CHEF : M. GOLE Koffi Antoine
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT : M. KOUAKOU N'dri Laurent
SECRÉTAIRE DE RÉDACTION : M. KOUADIO Kouakou Didié
SECRÉTAIRES ADJOINTS DE RÉDACTION : M. KOUAMÉ N'guessan Bernard
RESPONSABLE DE LA DIFFUSION : M. KRA Kouamé Antoine
RESPONSABLE FINANCIER : DR /MC ESSOH None Rose Délima,
RESPONSABLE FINANCIER ADJOINT : Dr. YAO Élisabeth
WEB MASTER :

Professeur Titulaire, UAO
Professeur Titulaire, UAO
Maître de Conférences, UAO
Maître de Conférences, UAO
Maître de Conférences, UAO
Maître Assistant, UAO
Maître de Conférences,
Maître Assistant, UAO

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

M. Simon-Pierre EKANZA
M. Ousseynou FAYE
M. Aka KOUAMÉ
M. Egue Jean-Michel LATTE
M. Moussa Willy BANTENGA
M. Augustin ANASSE
-M. Mamadou BAMBA
M. Yacouba ZERBO
M. Moritié, CAMARA
M. Koffi Antoine GOLE
M. BEKOUIN Tanoh Raphael
Koffi N. Joseph TSIGBE
M. Kouakou Désiré M'BRAH
M. Yacouba BANHORO
M. Didier Marcel HOUENOUE
M. Ahmeth N'DIAYE
M. Ismaïla CISS
M. Valy FAYE
M. Ben Soualiou MEITE
Mme Akabla Florentine AGOH Epse KOUASSI
Mme None Rose De Lima ESSOH Epse SORO
M Jean Charles. DEDE
M. Seydou Oumar KANE
M. Mian Newson Kassi Mathieu ASSANVO
M Adou Marcel. AKA
M. SEKA Jean-Baptiste

Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan)
Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop (Dakar)
Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan)
Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké)
Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo (Ouagadougou)
Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké)
Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké-CI.)
Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo (Ouagadougou)
Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké-CI.)
Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké)
Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké)
Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké – CI.)
Professeur Titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo (Ouagadougou-BF)
Professeur Titulaire, Université Abomey Calavy (Bénin)
Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop (Dakar – S.)
Maître de recherches, IFAN
Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop (Dakar – S.)
Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan)
Maître de conférences, Université Alassane Ouattara (Bouaké)
Maîtres de Conférences, Université Alassane Ouattara (Bouaké)
Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (Bouaké)
Maître de Conférences, Université Joseph Ki-Zerbo Ouagadougou)
Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan)
Maître de conférences, Université Jean Lorougnon Guédé (Daloa)
Maître Conférences, Université Jean Lorougnon Guédé (Daloa)

ADMINISTRATION

LABORATOIRE DE RECHERCHE EN SCIENCES HISTORIQUES (LARSHI)
Département d'Histoire
Université Alassane Ouattara
Les articles sont envoyés à : revuerihessh@gmail.com

Normes de rédaction (NORCAMES/LHS)

La présentation du texte est conforme à la norme proposée par le CAMES en 2016

La saisie devra être effectuée avec traitement de texte Word. La mise en forme (changement de corps, de caractères, normalisation des titres, etc.) est réalisée par l'imprimeur. Le texte dans son intégralité (introduction, développement, conclusion et références bibliographiques) doit être rédigé en Arial Narrow, taille 12.

Pour la ponctuation, les normes sont les suivantes : un espace après (.) et (,) ; un espace avant et après (;), (:), (?), et (!). Les signes mathématiques (+, -, etc.) sont précédés et suivis d'un espace.

Les chiffres incorporés dans le texte doivent être écrits en toutes lettres jusqu'au nombre cent. Au-delà, ils le seront sous forme de chiffres arabes (101, 102, 103...)

Les siècles doivent être indiqués en chiffres romains (I, II, III, IV, X, XX).

Le résumé

Le texte de l'article sera accompagné d'un résumé, en français et en anglais (abstract), comportant la problématique, l'objectif général et les principaux résultats. Composé de 200 mots maximum, et de taille 10, ce résumé ne doit pas être une reproduction de la conclusion du manuscrit.

Les mots clés

Le résumé est suivi des mots-clés en nombre raisonnable (5 à 8 au maximum) seront donnés, en français et en anglais (key words). Ils seront en taille 10.

L'auteur

La présentation de l'auteur est la suivante : Le ou les prénom(s) suivi du nom (le nom en majuscule dans l'ordre prénom, nom), adresses compètes (institution, Laboratoire ou département, adresse électronique, pays et numéro de téléphone). Le ou les prénom(s) et le nom en gras, taille 12 et le reste des informations ci-dessus en taille 11

Sources d'archives

Nom de la structure conservant le document (Centre d'archives)–Fonds – le carton ou dossier – le titre du document- et l'année. Exemple : ANCI, 1RR47, SERVICE AGRICOLE, Rapport sur la situation agricole du cercle de Daloa : 1907 -1932.

Sources orales :

Nom et statut du témoin (fonction, âge, etc.) – le lieu et la date de l'entretien.

Références internet

Le moteur de recherche, le site, l'adresse, le titre du document, la date de mise à jour ou de mise en ligne, la date de consultation, le Webmaster.

Les articulations de l'article

Les articulations d'un article, à l'exception de l'introduction, de la conclusion, de la bibliographie, doivent être titrées, et numérotées par des chiffres (exemples : 1. ; 1.1. ; 1.2 ; 2. ; 2.2. ; ; 3. ; etc.)

Les citations

Les passages cités sont présentés en romain et entre guillemets. Lorsque la phrase citant et la citation dépassent trois lignes, il faut aller à la ligne, pour présenter la citation (interligne 1) en romain et en retrait, en diminuant la taille de police d'un point.

Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, de la façon suivante : - (Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur, année de publication, pages citées) ; -

Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées).

Exemples : - En effet, le but poursuivi par M. Ascher (1998, p. 223), est « d'élargir l'histoire des mathématiques de telle sorte qu'elle acquière une perspective multiculturelle et globale (), d'accroître le domaine des mathématiques : alors qu'elle s'est pour l'essentiel occupé du groupe professionnel occidental que l'on appelle les mathématiciens () ».

- Pour dire plus amplement ce qu'est cette capacité de la société civile, qui dans son déploiement effectif, atteste qu'elle peut porter le développement et l'histoire, S. B. Diagne (1991, p. 2) écrit :

« Qu'on ne s'y trompe pas : de toute manière, les populations ont toujours su opposer à la philosophie de l'encadrement et à son volontarisme leurs propres stratégies de contournements. Celles-là, par exemple, sont lisibles dans le dynamisme, ou à tout le moins, dans la créativité dont sait preuve ce que l'on désigne sous le nom de secteur informel et à qui il faudra donner l'appellation positive d'économie populaire ».

- Le philosophe ivoirien a raison, dans une certaine mesure, de lire, dans ce choc déstabilisateur, le processus du sous-développement. Ainsi qu'il le dit :

« le processus du sous-développement résultant de ce choc est vécu concrètement par les populations concernées comme une crise globale : crise socio-économique (exploitation brutale, chômage permanent, exode accéléré et douloureux), mais aussi crise socio-culturelle et de civilisation traduisant une impréparation sociohistorique et une inadaptation des cultures et des comportements humains aux formes de vie imposées par les technologies étrangères ». (S. Diakitè, 1985, p. 105).

Les notes de bas de page

Les sources historiques (archives, sources imp et sources orales), les références d'informations orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

Les références bibliographiques

Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, Zone titre, Lieu de publication, Zone Editeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif. Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté en romain et entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique. Dans la zone Editeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2^{nde} éd.) Ne sont présentées dans les références bibliographiques que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Par exemple :

Références bibliographiques

AMIN Samir, 1996, *Les défis de la mondialisation*, Paris, L'Harmattan.

AUDARD Catherine, 2009, *Qu'est-ce que le libéralisme ? Ethique, politique, société*, Paris, Gallimard.

BERGER Gaston, 1967, *L'homme moderne et son éducation*, Paris, PUF.

DIAGNE Souleymane Bachir, 2003, « Islam et philosophie. Leçons d'une rencontre », *Diogène*, 202, p.145-151

DIAKITE Sidiki, 1985, *Violence technologique et développement. La question africaine du développement*, Paris, L'Harmattan.

SOMMAIRE

DIAKITE Brahim, DOUMBIA Ali, KONE Issa : Les enjeux de la présence militaire chinoise en Afrique (2004-2024).....	11 à 22
Aboukar ABBA TCHELLOU : Les échanges sous forme de troc et des objets à usage monétaires dans la partie occidentale du bassin du lac Tchad de la fin du XIXe au XXe siècle.....	23 à 40
Kouamé Kossonou Frédéric SECRE : Expédition militaire ashanti sur la côte en Gold Coast au XIXe siècle (1813-1816).....	41 à 61
AMADOU BELLO : Tangible and intangible cultural heritage and development in northern Cameroon.....	62 à 77
Dr. Ibrahima Khalilou DIAGNE : Distribution des poteries en milieu wolof au Sénégal, production artisanale et consommation domestique.....	78 à 96
Ignace KOFFI :La poste de Côte d'Ivoire face à l'avènement des NTIC (1996-2020)	97 à 107
Boubacar SAMBARE : Le marché du textile en Afrique Occidentale Française (A.O.F.) : un enjeu commercial majeur à l'époque coloniale (Fin XIXe siècle – 1958).....	108 à 123
Dre Félicité PAHO NYA : Colonisation française et désorganisation du travail agricole dans les sociétés traditionnelles africaines : cas du village Bangangte au Cameroun (1916-1960).....	124 à 141
Stéphanie Laetitia BEKONO NDONGO : L'appui du Fonds Européen de Développement dans la programmation budgétaire au Cameroun : expérience du PAPDEP, 2007-2011.....	142 à 156

Rokia Alexandra KONATE : Les effets sociaux et politiques des modèles de protection des réfugiés libériens en Côte d'Ivoire.....	157 à 175
Hervé Landry COULIBALY et Sita POROGO : Le marché central de Ouahigouya de 1991 à 1996 : reconstruction et modes de gestion.....	176 à 192
Joseph Yannick MBATCHOU : La montée des discours de haine et de violences pendant les élections présidentielles au Cameroun : enjeux et perspectives.....	193 à 209
Nonwhoun Ulrich Ange Priva ZOUHO : Les troubles psychiatriques dans la colonie de Côte d'Ivoire : éléments déterminants, approches thérapeutiques et évaluation de la psychiatrie coloniale de 1912 à 1938.....	210 à 225
N'Goran Alphonse BROU : Les migrants dans le développement socio-économique du pays Agba : 1910-1975.....	226 à 244
Kouadio Serge YAO :Le binôme café-cacao dans le développement socio-économique de la région de Bocanda : 1946-1970.....	245 à 262
N'dri Alexi KOUAME ; Sompléi Sévérin FLE : Contribution à l'étude des stratégies de développement des filières agricoles en Côte d'Ivoire : cas de la politique d'ivoirisation de la profession bananière (1968-1993).....	263 à 282
VARIA	263
Dr Prince Appia EHUI : Éducation naturelle et IA éducative : vers un tuteur virtuel à l'aune de l'Emile.....	284 à 294

AVANT-PROPOS

La RAHES, revue spécialisée en histoire économique et sociale, est un outil de vulgarisation des travaux de recherche de l'élite universitaire, plus spécifiquement ceux des historiens d'horizon divers. Malgré les nombreux travaux publiés pas de brillants historiens à travers les siècles, de nombreux pans de l'histoire sociale et économique renferment encore de nombreux mystères non encore élucidés. Les travaux présentés par les contributeurs du deuxième numéro s'articulent autour de trois principaux axes.

Le premier axe « question socioéconomique coloniale et pratique sanitaire » regroupe cinq articles. N'goran Alphonse Brou analyse la contribution de la main d'œuvre immigrée dans le développement du pays Agba (Côte d'Ivoire). L'auteure Félicité Paho Nya s'est intéressée à la désorganisation du travail agricole dans les sociétés traditionnelles au Cameroun, cas du village Banganté. L'enjeu commercial du marché du textile de l'Afrique Occidentale Française constitue l'objet de l'étude de Boubacar Sambaré. Enfin, Ange Priva Zouho nous plonge dans l'univers de la pratique des soins psychiatriques en Côte d'Ivoire entre 1912 et 1938.

Le second axe, se rapportant aux questions militaires, contient deux publications. Le premier qui est l'œuvre de Kouamé Kossonou Sécré, présente les expéditions militaires Ashanti sur la côte en Gold Coast entre 1813 et 1816. Le deuxième est une co-production de Bahima Diakité, Ali Doumbia et Issa Koné. Il analyse les enjeux de la présence militaire chinoise en Afrique entre 2004 et 2024.

Le troisième axe traite des questions commerciales, de distribution et de la coopération et des entreprises, regroupent quatre articles. Le duo Hervé Landry Coulibaly et Sita Porogo s'est intéressé à la reconstruction et à la gestion du marché central de Ouahigouya (Burkina Faso). Aboukar Abba Tchellou révèle que les échanges commerciaux dans le bassin du lac Tchad étaient basés sur le troc et l'usage des objets monétaires. La coopération économique Nord-Sud a été l'objet d'analyse de Stéphanie Laetitia Bekono Ndongo. Elle a mis l'accent sur l'importance du FED dans la programmation budgétaire au Cameroun de 2007 à 2011. Au niveau de la Côte d'Ivoire, Ignace Koffi démontre que l'avènement des NTIC a influencé négativement la Poste, l'une des rares sociétés de l'État non encore privatisées. Quant à Ibrahima Khalilou Diagne, il a abordé la question de la distribution des poteries en milieu Wolof.

Le quatrième axe « crises sociopolitiques » propose trois publications. La première produite par Joseph Yannick Mbatchou décrit les enjeux et les perspectives de la montée des discours de haines et de violence pendant les élections présidentielles au Cameroun. La seconde est l'œuvre de Rokia Alexandra Konaté. Elle montre les effets sociaux, politiques et symboliques des modèles de protection des réfugiés libériens en Côte d'Ivoire. Enfin, Prince Appia compare l'éducation naturelle et l'IA éducative.

Les troubles psychiatriques dans la colonie de Côte d'Ivoire : éléments déterminants, approches thérapeutiques et évaluation de la psychiatrie coloniale de 1912 à 1938.

Nonwhoun Ulrich Ange Priva ZOUHO¹

Résumé :

Cet article propose une exploration historique de la genèse, des traitements et du bilan des troubles mentaux dans la colonie de Côte d'Ivoire. La question centrale est de savoir comment le contexte colonial, avec ses bouleversements socio-politiques et ses représentations raciales, a influencé l'apparition, la conceptualisation et la gestion des troubles mentaux chez les populations colonisées. L'objectif général est d'analyser les facteurs étiologiques de ces troubles, les stratégies thérapeutiques déployées par le système colonial, et l'évaluation critique de cette psychiatrie.

La méthodologie employée s'appuie sur l'exploitation des archives administratives coloniales, enrichie d'une analyse critique de la littérature scientifique portant sur la psychiatrie coloniale. Les résultats mettent en évidence que les troubles mentaux dans la colonie de Côte d'Ivoire sont dominés par les traumatismes de la colonisation, la désintégration des structures sociales traditionnelles, et les maladies tropicales endémiques. La psychiatrie coloniale se distingue principalement par un modèle asilaire axé sur l'internement administratif, caractérisé par une interaction marquée entre les soins et le contrôle social. Ce système archaïque reste fortement influencé par des préjugés raciaux, une intégration limitée des connaissances locales, et une priorité réduite accordée au bien-être des patients.

Le bilan met en évidence un legs problématique constitué de stigmatisation et d'exclusion, mais également une base institutionnelle ayant structuré les soins postcoloniaux. L'article préconise une réévaluation décoloniale jugée nécessaire afin de promouvoir une psychiatrie plus humaniste et adaptée au contexte africain.

Mots clés : Psychiatrie coloniale, colonie ivoirienne, soins, traitement, contrôle social, troubles mentaux, internement administratif

Abstract:

This article offers a historical exploration of the origins, treatments, and outcomes of mental disorders in the Ivory Coast colony. The central question is how the colonial context, with its socio-political upheavals and racial representations, influenced the emergence, conceptualization, and management of mental disorders among colonized populations. The overall objective is to analyze the etiological factors of these disorders, the therapeutic strategies deployed by the colonial system, and a critical evaluation of this psychiatry.

The methodology employed relies on the use of colonial administrative archives, supplemented by a critical analysis of the scientific literature on colonial psychiatry. The results highlight that mental disorders in the Ivory Coast colony were dominated by the traumas of colonization, the disintegration of traditional social structures, and endemic tropical diseases. Colonial psychiatry is distinguished primarily by an asylum model focused on administrative confinement, characterized by a marked interaction between care and social control. This archaic system remains heavily influenced by racial prejudices, limited integration of local knowledge, and a reduced priority given to patient well-being.

The assessment highlights a problematic legacy of stigmatization and exclusion, but also an institutional foundation that has structured postcolonial care. The article advocates for a decolonial re-evaluation deemed necessary to promote a more humanistic psychiatry adapted to the African context.

Keywords: Colonial psychiatry, Ivory Coast colony, care, treatment, social control, mental disorders,

¹Université Alassane Ouattara, angezouho99@gmail.com, Contact : +225 07-09-60-16-28

administrative internment.

Introduction

La psychiatrie coloniale française a émergé au début du XXe siècle, lors du Congrès des aliénistes qui s'est tenu à Tunis du 1er au 7 avril 1912. Cet événement organisé par des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a constitué son « acte de naissance ». Ce congrès a rassemblé des médecins en vue de débattre des progrès réalisés dans les domaines de la psychiatrie, de la neurologie et de la médecine légale. À ce congrès, les circonstances relatives à la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux dans les colonies françaises ont été examinées, en insistant sur l'impératif d'une démarche davantage méthodique et empreinte d'humanité. Par conséquent, à l'issue du congrès, diverses mesures spécifiques ont été suggérées afin d'améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux dans les colonies (MASSON et Cie.1913, p.55). La première a recommandé la mise en place de structures de services psychiatriques localisés, à l'instar de l'hôpital psychiatrique fédéral de Thiès qui ne vit jamais le jour (Romain TIQUET, 2022, p3). Cette mesure visait à prévenir les transferts de patients vers la métropole. La seconde a porté sur l'adoption de dispositions législatives destinées à optimiser les conditions d'hébergement et la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. Cela devait se faire en tenant compte des spécificités liées au contexte colonial. À ces deux mesures s'ajoute l'arrêt du transfert des patients psychiatriques autochtones vers la France dans un délai de trois ans.

L'ensemble de ces mesures bien intéressantes, n'a eu aucune incidence sur la situation des aliénés dans la colonie, en raison des difficultés inhérentes à la Première Guerre mondiale. C'est en 1938, avec la tenue du congrès d'Alger, que la question relative aux aliénés dans les colonies a été de nouveau examinée (René COLLIGNON, 2006, p536). L'arrêté du 9 juillet 1938 instituait un service d'assistance psychiatrique en Afrique Occidentale Française (AOF), dans le but d'intégrer les soins psychiatriques au sein du système colonial². Cette initiative se situe dans un cadre contextuel plus vaste de restructuration des services de psychiatrie. L'initiative fut influencée par la loi de 1838³ relative aux aliénés. Cette loi a encadré l'hospitalisation et la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux. Cependant, aucun établissement psychiatrique n'avait encore été mis en place en Côte d'Ivoire. Dès lors, se pose la question suivante : comment les autorités coloniales ont-elles pris en

² Journal Officiel de l'AOF, n°1783, p860-862

³Il s'agit de la loi Esquirol du 30 juin 1838, créant dans chaque département un asile d'aliénés. La loi fixait les règles juridiques de l'internement dans ces établissements en tentant de concilier la défense de la société et des familles et les droits des citoyens, même aliénés.

charge les personnes atteintes de troubles mentaux en Côte d'Ivoire entre 1912 et 1938? L'objectif de cette étude est de comprendre comment les troubles mentaux ont été définis, traités et contrôlés dans ce contexte colonial. Afin de mener à bien cette étude, des recherches documentaires ont été entreprises, principalement aux Archives nationales de Côte d'Ivoire (ANCI). La Série H a été la plus exploitée car, étant celle consacrée à la santé. En plus des archives, d'autres publications scientifiques ont également été consultés. Ces investigations ont revêtu un intérêt primordial, car elles ont rendu possible la collecte d'informations relatives à la gestion des personnes atteintes de troubles mentaux, telles qu'elles ressortent des échanges épistolaires des administrateurs coloniaux. Les informations collectées ont été regroupées. Par la suite, elles ont été soumises à un croisement avant d'être classifiées par catégorie. Les données sélectionnées ont rendu possible la structuration de cette étude en trois parties. La première partie présente facteurs favorisant l'apparition des troubles mentaux. La seconde partie elle met en évidence les stratégies mises en œuvre par l'administration coloniale pour la gestion des personnes souffrant de troubles mentaux. Enfin, une troisième partie qui le bilan des stratégies mises en place en mettant en exergue les succès et les limites

1- Facteurs étiologiques des pathologies psychiatriques

Les maladies mentales dans la colonie de Côte d'Ivoire sont dues à plusieurs facteurs. En effet, ces troubles sont en partie causés par les conditions difficiles du régime colonial qui ont engendré des traumatismes et des tensions psychologiques chez la population. Par ailleurs, les facteurs culturels et sociaux, comme la transformation des modes de vie traditionnels, ont également contribué à l'apparition de ces troubles. Enfin, certaines maladies, d'origine génétique ou environnementale, ont favorisé la fréquence des troubles mentaux.

1-1- Facteurs socio-culturels et colonisation

La colonisation a marqué les populations colonisées en laissant des traumatismes psychologiques qui se transmettent encore aujourd'hui de génération en génération à travers la mémoire collective. Les psychiatres coloniaux ont estimé que l'éloignement ou l'exposition à la civilisation occidentale était déterminant dans l'émergence des troubles mentaux (Paul Marquis, 2020, p.3). Les psychiatres de l'époque avaient souvent un regard préjugé sur la psychologie des populations autochtones. Ils les décrivaient comme ayant un développement intellectuel limité, soulignant des traits culturels et des croyances mystiques et religieuses qu'ils jugeaient cruciaux pour comprendre la psychopathologie des populations de l'AOF (Afrique Occidentale Française) (Silvia Falconieri, 2022, p27). Ces objets

mystiques (amulettes, talismans, pratiques ésotériques) étaient censés agir sur les troubles mentaux, en les provoquant ou en les aggravant, selon les croyances et les représentations locales.

1-2- Affections spécifiques, conditions de vie et influence du modèle colonial psychiatrique

Certaines affections particulières, les conditions de vie et l'impact du modèle colonial psychiatrique sont des facteurs importants à considérer pour comprendre la santé mentale des populations. En effet, ces éléments ont influencé le bien-être psychologique des personnes et la façon dont les troubles mentaux ont été compris et gérés dans différentes cultures. Parmi les troubles mentaux répertoriés, on trouve des psychoses liées à des maladies tropicales comme le paludisme (psychose paludéenne) et la maladie du sommeil (Alice ROUET, 2018, p74). On y retrouve aussi les maladies mentales courantes, comme la manie, la mélancolie, les délires de persécution (Raphaël GALLIEN, 2022, p57).

Les conditions socio-économiques difficiles, la pauvreté, l'isolement des familles face à la maladie mentale, parfois les pratiques extrêmes comme l'enchaînement des malades aggravaient la situation d'errance sociale et de marginalisation des malades. Le modèle thérapeutique colonial de l'époque reposait sur l'isolement asilaire et le traitement moral. Ces pratiques étaient considérées comme une forme de contrainte physique et psychologique exercée sur les personnes pour les guérir. Ce modèle, basé sur l'emploi d'instruments de coercition et de pression, s'inscrivait dans un système plus vaste qui maintenait les inégalités raciales, de genre et de classe dans les sociétés coloniales. Cela avait pour effet fréquent de restreindre la capacité à comprendre et à aborder de manière appropriée les problèmes de santé mentale des populations colonisées.

2- Les stratégies pour la gestion des aliénés dans la colonie

Les approches de prise en charge des maladies mentales dans la colonie de Côte d'Ivoire étaient axées sur un modèle asilaire, avec l'enfermement des malades dans des prisons. Le rapatriement ou la prise en charge par les familles furent aussi à l'ordre du jour.

2-1- Le rapatriement des non nationaux atteints de troubles psychiatriques

Comme la plupart des colonies du groupe AOF, la colonie ivoirienne est confrontée à la gestion de nombreux aliénés dans un contexte d'absence de structures pour leur prise en charge. Le rapatriement des personnes atteintes de troubles mentaux vers leur colonie d'origine par la colonie de Côte d'Ivoire était principalement justifié par l'indisponibilité de structures appropriées pour leur prise en

charge thérapeutique. En 1897 au Sénégal capitale du groupe, une loi a autorisé le transfert des aliénés vers la métropole (René COLLIGNON, 2006, p532). Cette loi fut justifiée par une pénurie de locaux adaptés. Ce processus s'est prolongé jusqu'en 1918⁴, date à laquelle le transfert fut interdit. Dès lors naquit un vide juridique jusqu'à l'établissement d'un service d'assistance psychiatrique en 1938.

Au congrès de 1912, fut recommandée la cessation de pratique consistant à transférer en France les personnes atteintes de troubles mentaux. Par conséquent, un nombre important de patients provenant de diverses colonies du groupe ont été admis dans des établissements hospitaliers en Côte d'Ivoire, et plus précisément à Bouaké, afin de bénéficier d'une prise en charge médicale. Dans une circulaire datée du 16 juillet 1916, Angoulvant, alors gouverneur général de l'Afrique-Occidentale française, fait un constat. Ce constat est relatif à la présence de plusieurs individus atteints de troubles mentaux. Ils sont originaires de diverses colonies du groupe AOF placés en internement dans la colonie de Côte d'Ivoire. Comme en témoignent ces propos : *« Il m'a été donné de constater qu'un certain nombre d'aliénés provenant de diverses colonies du groupe avaient été par suite de l'absence dans ces colonies de locaux susceptibles de les recevoir, internés à la Côte d'Ivoire »*⁵

Cette affirmation souligne l'insuffisance des infrastructures dans de nombreuses colonies pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. Par conséquent, ces personnes ont été placées en institution en Côte d'Ivoire. Pourtant ce pays ne possédait pas davantage d'infrastructures adaptées à l'accueil des patients atteints de troubles mentaux. La Côte d'Ivoire ne possédait en effet que quatre quartiers d'aliénés pour l'intégralité du territoire.

Gabriel Angoulvant, trouve inéquitable d'imposer une telle charge à la Côte d'Ivoire. Cette colonie insuffisamment préparée pour répondre à une demande d'une telle ampleur en raison d'un manque de préparation adéquate. Pour lui chaque colonie du groupe doit assumer la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux sur son propre territoire, en leur fournissant des soins et une assistance. Il le souligne clairement dans cette même circulaire :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il me paraît peu équitable d'imposer à la Côte d'Ivoire une charge à laquelle elle n'est pas en mesure de satisfaire dans de meilleures conditions que les

⁴ Le ministre des colonies par une dépêche du 26 janvier 1918 mettra un terme au mouvement d'évacuation des malades mentaux des colonies vers la France.

⁵ ANCI : H26, Lettre du gouverneur Angoulvant adressée aux gouverneurs des colonies et commissaires du gouvernement général des territoires de l'Afrique Occidentale Française, 19 juillet 1916.

Les troubles psychiatriques dans la colonie de Côte d'Ivoire : éléments déterminants, approches thérapeutiques et évaluation de la psychiatrie coloniale de 1912 à 1938.

autres colonies du groupe, il appartient à chacune de celles-ci de prendre les dispositions nécessaires recevoir et garder ceux de ses originaires, atteints d'aliénation mentale »⁶

Dans sa circulaire, Angoulvant met en évidence, le caractère inique d'imposer l'internement d'aliénés dans cette colonie, en raison de l'absence de locaux et de ressources adéquates pour répondre à cette nécessité. Il est proposé que chaque colonie assure la prise en charge de ses propres patients atteints de troubles mentaux, plutôt que de les transférer vers une autre colonie ne disposant pas des ressources adéquates pour leur prise en charge. Il le dit en ces termes dans sa circulaire :

« J'ajoute qu'au cas où des aliénés provenant de votre colonie ou territoire se trouvaient actuellement internés à la Côte d'Ivoire, je vous serai obligé de vouloir vous mettre en rapport avec le lieutenant-gouverneur de cette colonie en vue d'assurer leur retour dans leur pays d'origine »⁷

Il précise aussi que si des malades mentaux d'une colonie se retrouvent en Côte d'Ivoire, il faut prendre contact avec les autorités locales pour organiser leur retour dans leur colonie. En vertu de cette circulaire, la colonie expulse toutes personnes souffrant de troubles psychiatriques qui ne sont pas originaires de la colonie. Mais l'expulsion n'est pas automatique, elle passe par de nombreuses étapes administratives. La première est un rapport médical d'un médecin psychiatre certifiant bien que la personne qu'on veut expulser est aliénée mentalement et qu'elle n'a personne dans la colonie qui peut s'occuper d'elle. Voici ce que dit un télégramme adressé au gouverneur de Bingerville à ce sujet.

« Le médecin de l'Ambulance m'ayant fait savoir qu'il ne possédait pas de local pour le malade (...), cet indigène a dû être mis sous surveillance au camp des gardes. Or la nuit dernière au cours d'une violente crise de folie le malade a défoncé la porte du poste des gardes (...) comme j'estime qu'il y a du danger à le conserver plus longtemps ici sollicite au plus tôt vos instructions »⁸

Cette demande d'instruction met en lumière la structure hiérarchique stricte qui régit la gestion des individus souffrant de troubles mentaux, soulignant ainsi l'importance du contrôle dans ce domaine spécifique. Au-delà cet aspect, les services et les personnes à qui revenait la charge de l'accueil des aliénés de la colonie, que ce soient les médecins des formations sanitaires, les régisseurs de prison, les chefs des services de santé et des services administratifs, ont parfois élaborés des parades pour refuser la prise en charge d'un aliéné ou s'en débarrasser le plus rapidement possible (Romain Tiquet, 2022,

⁶ANCI : H26, Lettre du gouverneur Angoulvant adressée aux gouverneurs des colonies et commissaires du gouvernement général des territoires de l'Afrique Occidentale Française, 19 juillet 1916

⁷ Idem

⁸ANCI : H26, Télégramme officiel n°47 du 15 avril 1920 de l'administrateur d'Abidjan adressé au Gouverneur à Bingerville

p14). Le rapport rédigé, fut transmis au gouverneur de la colonie, lequel émet alors un ordre de mission à un soldat chargé d'escorter l'individu aliéné jusqu'à la frontière entre les deux colonies. L'ordre de mission se présente comme suit :

« Le nommé Drammé Doumbia, originaire de Niandija, cercle de Bougouni (Haut-Sénégal & Niger) atteint d'aliénation mentale, actuellement à Abidjan, devra être dirigé dès que possible et sans escorte vers son pays d'origine via Korhogo-Sikasso.

Une avance de Cinquante Centimes par jour sera remise au garde d'escorte pour assurer la nourriture de l'aliéné en cours de route. La dépense jusqu'à la frontière du Haut-Sénégal & Niger sera imputable au budget local de la Côte d'Ivoire »⁹

Le transfert transfrontalier sans escorte témoigne d'une intention de minimiser les dépenses afférentes à l'accompagnement du patient. Néanmoins, une allocation journalière de cinquante centimes est prévue afin de garantir son alimentation durant le transport, ce qui atteste d'une considération minimale des nécessités de l'individu aliéné pendant le déplacement.

2-2- L'enfermement des aliénés dans les prisons

La problématique de la gestion des aliénés fut un véritable casse-tête pour l'administration coloniale. Dans un où le maintien de l'ordre public était une priorité, la prison se présentait comme un lieu privilégié pour l'accueil de ces derniers face à l'absence de structures. L'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires coloniaux se caractérisait par une administration répressive, compromettant fréquemment la dispensation de soins adaptés. Antérieurement à 1938, l'internement des personnes atteintes de troubles mentaux était régi par une ordonnance de 1840, qui les considérait comme « dangereux » pour l'ordre public¹⁰. L'incarcération s'est érigée en sanction prédominante, supplantant les pratiques pénales africaines traditionnelles. La présente situation a mis en évidence la cruauté et l'inefficience du système colonial dans la gestion des problématiques liées à la santé mentale.

Les autorités coloniales appréhendaient l'aliénation mentale par le biais de concepts tels que la mentalité indigène et l'âme indigène, fréquemment interprétés comme les expressions d'une forme de primitivisme. Ces notions ont été instrumentalisées afin de légitimer des traitements différenciés, en

⁹ANCI : 2HH96, Ordre de mission n°34 du 20 janvier 1919 signé par le lieutenant-gouverneur ANTONETTI

¹⁰L'ordonnance de Louis-Philippe du 7 septembre 1840 qui créait les structures administratives de la colonie conférait au gouverneur des prérogatives de haute police qu'il pouvait évoquer pour prendre des mesures d'internement qu'il jugeait nécessaires en raison du danger que représente le comportement d'un fou ou de tout autre contrevenant à l'ordre public.

appréhendant les troubles mentaux comme des écarts par rapport à la norme européenne (Silvia FALCONIERI, 2022, p27). Les conduites considérées comme dangereuses ou irrationnelles étaient fréquemment interprétées comme des manifestations de troubles mentaux, induisant des mesures coercitives, notamment l'internement administratif (Silvia FALCONIERI, 2022, p34-35). Cette approche témoigne d'une conception raciste et ethnocentrique, fusionnant indûment santé mentale et contrôle social.

Les professionnels de la santé, en particulier les psychiatres, jouaient un rôle déterminant dans l'évaluation de la dangerosité d'un individu. Leur expérience clinique et leur compréhension des affections mentales leur offraient la possibilité d'évaluer le degré de dangerosité que représentait l'individu, tant pour lui-même que pour autrui (Silvia Falconieri, 2022, p36-37). Les autorités, incluant les administrations locales et nationales, ainsi que les professionnels de la santé, tels que les médecins et les infirmiers sont fréquemment confrontés à un arbitrage délicat entre la protection de la société et la dispensation de soins appropriés aux individus affectés par des troubles mentaux. L'atteinte d'un équilibre subtil entre la sécurité publique et le bien-être individuel nécessite une approche nuancée et approfondie afin de garantir des décisions justes et éthiques. La réponse de l'administrateur de Bassam au gouverneur de Bingerville est très révélatrice quant au rôle de l'administration locale dans l'établissement d'un diagnostic bien que ces derniers ne soient pas médecin :

« En réponse à votre communication téléphonique relative à un nommé Moussa Koné qui serait atteint d'aliénation mentale, J'ai l'honneur de vous rendre compte que la situation signalée par El Hadj Yokhoba est manifestement exagérée. J'ai vu Moussa Koné venu librement à mon bureau, il a répondu à mes questions, m'a indiqué son nom et son pays d'origine. (...) Moussa Koné qui pour le moment ne peut être considéré comme un fou dangereux »¹¹.

Les praticiens de la médecine, à l'instar des administrateurs coloniaux, se trouvent fréquemment confrontés à un dilemme d'ordre éthique, consistant à évaluer le niveau de dangerosité dans le but de prévenir d'éventuels actes de violence, tout en s'efforçant d'éviter la stigmatisation des patients. Les mesures de sécurité, telles que l'isolement sont susceptibles d'aggraver les troubles comportementaux, augmentant de ce fait le risque de dangerosité. Il convient donc d'adopter une approche thérapeutique prudente visant à minimiser les risques potentiels tout en assurant le respect des droits des patients.

¹¹ ANCI : 2HH96, Télégramme officiel n°1064 du 13 mai 1925 de l'administrateur du cercle de Bassam adressé au Gouverneur à Bingerville

Les approches thérapeutiques offertes aux personnes qualifiées de fou dangereux dans les colonies se caractérisaient fréquemment par leur caractère limité et répressif. Les instances dirigeantes ont préféré mettre en œuvre des stratégies de confinement plutôt que d'administrer des soins adéquats. Les personnes atteintes de troubles mentaux étaient fréquemment ségréguées dans des environnements non spécifiquement dédiés aux soins médicaux (Romain TIQUET, 2022, p11), comme les établissements pénitentiaires, et ce sans bénéficier de prise en charge psychiatrique adaptée comme l'indique le télégramme de l'administrateur de Bassam :

« Le médecin de l'Ambulance m'ayant fait savoir qu'il ne possédait pas de local pour le malade (...), cet indigène a dû être mis sous surveillance au camp des gardes. Or la nuit dernière au cours d'une violente crise de folie le malade a défoncé la porte du poste des gardes (...) comme j'estime qu'il y a du danger à le conserver plus longtemps ici sollicite au plus tôt vos instructions »¹².

Dans un contexte caractérisé par des insuffisances en infrastructures et en personnels de santé, la prise en charge de ces individus était prioritairement orientée vers la préservation de l'ordre public plutôt que vers leur réinsertion sociale. L'internement administratif¹³ était justifié par les autorités au moyen de plusieurs arguments majeurs. Le premier est la sécurité publique. Ces instances percevaient cet internement comme une disposition prophylactique visant à prémunir la société des individus considérés comme dangereux, même en l'absence de preuves de délits avérés. Le second était de maintenir de l'ordre social. En effet, pour l'administration coloniale, l'internement était considéré comme un instrument pour maintenir les normes sociales et réprimer les comportements déviants. Enfin, en l'absence d'options alternatives adéquates, l'internement était perçu comme une solution expéditive et économique pour la prise en charge des individus présentant des troubles mentaux ou des conduites considérées comme inadaptées.

L'administration coloniale de Côte d'Ivoire étant dépourvue d'infrastructures appropriées pour l'accueil des aliénés non autochtones, recourait à deux méthodes : l'incarcération dans les établissements pénitentiaires et le rapatriement des individus concernés. Cependant, une troisième

¹²ANCI : H26, Télégramme officiel n°47 du 15 avril 1920 de l'administrateur d'Abidjan adressé au Gouverneur à Bingerville

¹³ L'internement administratif désigne la privation de liberté dans un établissement, ordonnée par une autorité administrative cantonale ou départementale, pour une durée généralement indéterminée. À partir du milieu du XIXe siècle, il fut utilisé comme moyen de sanction par les services d'assistance, de tutelle et de prophylaxie de l'alcoolisme (abstinence) dans le but d'améliorer et de discipliner les personnes concernées (discipline sociale). Il ne supposait ni infraction ni procédure judiciaire. L'atteinte à la liberté personnelle était justifiée par le mode de vie des individus et la menace pour l'ordre public. Le caractère juridique problématique et l'arbitraire de l'exécution firent l'objet de critiques répétées. Dans le contexte colonial, il s'agit des « indigènes non justiciables des tribunaux français qui se sont rendus coupables de faits d'insurrection contre l'autorité de la France ou de troubles politiques graves »

option se présente : l'assistance au sein du cadre familial. Cette dernière se révèle être une approche empreinte d'une plus grande humanité et d'un respect accru des droits des patients atteints de troubles mentaux. Elle propose un environnement familial et un accompagnement émotionnel susceptibles de favoriser leur bien-être et leur rétablissement.

2-3- La prise en charge familiale des aliénés

Calme ou dangereux le « fou » dans ce contexte était une véritable *persona non grata* de la colonie. Les autorités qu'elle soit administratives, médicales ou pénales ont à de nombreuses reprises refuser d'accueillir les fous dangereux ou tenter de se débarrasser de ces derniers (Romain Tiquet, 2022, p12). L'un des moyens qui se présentait à eux était de confier ces derniers à leur famille. Au début de la colonisation, les personnes atteintes de troubles mentaux étaient fréquemment transférées vers la métropole aux fins de traitement, un service d'assistance psychiatrique n'ayant été établi qu'en 1938. La prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux en Afrique Occidentale Française pendant la période coloniale se caractérisait par un dispositif répressif et une aide familiale restreinte. La participation des familles à la réhabilitation des personnes souffrant de troubles mentaux était toutefois encouragée, favorisant ainsi une approche davantage axée sur la communauté. Néanmoins, la précarité des conditions demeurait fréquemment observée, et la stigmatisation persistante réduisait l'efficacité de ces interventions.

Les familles occupaient une position ambiguë au sein de la société. Ces entités étaient de fait perçues comme des structures de soutien pour leurs membres, car elles assuraient des fonctions d'écoute, de conseil et d'assistance. Cependant, confrontées à des conduites considérées comme dangereuses ou inadmissibles, certaines familles avaient recours à des méthodes plus coercitives telles que le confinement ou la contention physique dans le but de maîtriser le malade. La crainte de la stigmatisation sociale conduisait parfois les familles à confiner les malades dans des conditions de précarité extrême, convertissant leur domicile en un asile improvisé. « Sans famille à Bassam, il est à la charge des habitants venus de la même région que lui. Ceux-ci ont quelque peu honte de voir un des leurs se promener presque nu dans les rues »¹⁴

Par conséquent, les familles se trouvaient confrontées à des difficultés considérables dans la prise en charge de leurs proches affectés par des troubles mentaux. En AOF, les médecins

¹⁴ ANCI : 2HH96, Télégramme officiel n°1064 du 13 mai 1925 de l'administrateur du cercle de Bassam adressé au Gouverneur à Bingerville.

considéraient les familles des patients atteints de troubles mentaux comme des collaborateurs potentiels dans le cadre du traitement, bien que le degré de leur engagement puisse fluctuer. L'identification du rôle essentiel du soutien émotionnel et de la compréhension des traitements par la famille était fréquemment observée.

Franck Cazanove est vraisemblablement le médecin français qui élabore le plus de théories sur la psychiatrie coloniale (Alice ROUET, 2018, p85). Il a élaboré une typologie comparative des diverses affections mentales. Il stigmatise avec véhémence les sévices infligés aux personnes atteintes de troubles mentaux. Il est également à noter qu'il suggéra d'intégrer une assistance familiale au système d'assistance à deux niveaux préconisés par Régis. L'assistance familiale, désignée par son appellation, se définit par le placement du patient atteint d'une affection mentale bénigne, soit ne constituant pas une menace pour sa propre personne ou autrui, au sein de sa famille. Cette dernière est chargée d'assurer sa prise en charge. La prise en charge de la personne aliénée par sa famille lui assure un environnement familial et lui offre la possibilité soit de se livrer à l'oisiveté, soit de contribuer à la vie collective, par exemple en participant aux travaux agricoles.

L'assistance familiale proposée par l'administration coloniale ne constitue pas une innovation radicale, étant donné sa préexistence au sein de nombreuses sociétés africaines. Conformément à leur croyance animiste, la personne aliénée est perçue comme un individu possédé par une entité spirituelle, suscitant ainsi un sentiment combiné de compassion et de considération. Le malade bénéficie du soutien de sa famille, laquelle assure son alimentation et il contribue à certaines tâches ménagères. En revanche, si le patient manifeste un comportement violent ou s'il « *commet une infraction aux mœurs, aux coutumes, aux superstitions locales, un délit ou un crime* », il est alors « *enfermé dans une case ou attaché à un poteau et laissé le plus souvent sans soins, sans nourriture.* ». En dernier lieu, en l'absence d'amélioration de son état de santé, l'individu est maintenu captif dans son habitation, subit une alimentation déficiente et initie un « *acheminement progressif vers la mort par dénutrition* » (Alice ROUET, 2018, p86).

Bien que cette maltraitance fasse l'objet de critiques et de dénonciations véhémentes de la part des médecins, il convient d'examiner les fondements de la proposition de Cazanove visant à intégrer cette assistance familiale dans le cadre législatif. La pertinence se manifeste dans l'extrait suivant :

« Peut-être serait-il possible toutefois de conserver, pour les aliénés reconnus calmes, après mûr examen, cette assistance familiale ou communale, peu coûteuse, en la localisant dans quelques

villages de chaque province, pour la placer sous une étroite surveillance médicale et administrative »¹⁵.

L'innovation que propose Cazanove réside ainsi dans la soumission de l'aide familiale à « une étroite surveillance administrative et médicale ». Ce faisant, il suggère d'implanter dans les colonies une disposition, conçue en métropole en 1910 mais restée sans application, à savoir le devoir d'assistance. Cette obligation qui vise dans l'intérêt des personnes atteintes de troubles mentaux, à instaurer des vérifications périodiques dans le but de prévenir tout acte de maltraitance au sein du cercle familial, constitue vraisemblablement une source d'inspiration pour Cazanove, qui envisage possiblement les colonies comme un terrain propice à la concrétisation de ce projet. Le lieutenant-gouverneur Angoulvant considère les principes de protection recommandés par Cazanove comme en témoigne l'extrait suivant de sa correspondance : « *Les coutumes indigènes prévoient assez généralement que les aliénés soient confiés à la garde de leur chef de village [...] disposition dont l'exécution serait assurée sous le contrôle des commandants de cercles et Chefs de poste.* »¹⁶

Cependant, il n'existe aucune preuve que ce contrôle des commandants de cercles et chefs de poste ait été effectivement réalisé. Néanmoins, que cette mesure de protection des aliénés introduite par Cazanove ait été effective ou non, elle atteste que la pensée psychiatrique coloniale se conçoit en parallèle avec la psychiatrie métropolitaine, à l'instar d'un miroir réfléchissant. Contrairement à la métropole où les réformes psychiatriques rencontrent l'opposition d'institutions conservatrices, il n'existe, en principe, aucun obstacle à leur mise en œuvre dans les colonies. Certains administrateurs vont donc utiliser cette alternative :

« En attendant votre décision, j'ai conseillé à El Hadj Yokhoba de le confier à un Soudanais demeurant dans les villages de culture placés autour de Bassam ; il m'a promis de le faire si toutefois il trouve une personne qui accepte, de toute façon il veillera sur Moussa Koné »¹⁷

Cette citation révèle deux aspects importants. Premièrement, elle illustre un mode de gestion informel et communautaire des personnes souffrant de troubles mentaux dans un contexte où les institutions officielles étaient absentes. Ensuite, elle montre l'importance des

¹⁵ANOM : 1H74, Franck CAZANOVE, (1931), *Rapport sur le projet d'un asile d'aliénés*, Fonds Ancien A.O.F., 14 miom 1370,

¹⁶ANCI : H26, Lettre du gouverneur Angoulvant adressée aux gouverneurs des colonies et commissaires du gouvernement général des territoires de l'Afrique Occidentale Française, 19 juillet 1916.

¹⁷ANCI : 2HH96, Télégramme officiel n°1064 du 13 mai 1925 de l'administrateur du cercle de Bassam adressé au Gouverneur à Bingerville

réseaux sociaux et des solidarités locales dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

3- Bilan des stratégies de prise en charge des troubles mentaux dans la colonie de Côte d'Ivoire

Le bilan des politiques de prise en charge des maladies mentales dans la colonie de Côte d'Ivoire est mitigé. En effet, on observe des avancées au niveau des structures institutionnelles mais aussi des manquements qui ont marqué la pratique de la psychiatrie.

3-1- Les succès des différentes stratégies mises en place

Au niveau des succès, on peut citer d'abord la création progressive d'établissements psychiatriques spécialisés à la fin de la période coloniale. Cette organisation a permis de faire reconnaître les troubles mentaux comme un problème de santé publique et d'organiser une prise en charge systématique et appropriée des personnes atteintes. En 1938, un service d'assistance psychiatrique est créé, une première tentative, tardive, de mettre en place un cadre médical plus organisé pour la prise en charge des malades mentaux. Ces expériences, malgré leurs limites, ont contribué à ouvrir la voie aux développements ultérieurs de la psychiatrie postcoloniale dans le pays. Elles ont mis en place les bases institutionnelles et administratives pour un changement majeur à venir.

3-2- Les limites de ces stratégies

Malgré ces progrès, il ne faut pas oublier les nombreuses limites et problèmes du système colonial de prise en charge des troubles mentaux. L'enfermement des malades mentaux a été utilisé non seulement à des fins thérapeutiques, mais aussi comme un moyen de contrôle social de ces personnes. Cette pratique a donc eu des conséquences au-delà de la simple prise en charge médicale des malades mentaux. Sous l'indigénat, les autorités coloniales assimilaient souvent la maladie mentale à des comportements déviants ou dangereux, sans distinction clinique précise entre ces réalités. De plus, la psychiatrie coloniale s'est basée sur des préjugés raciaux qui ont alimenté une vision réductrice et stigmatisante des populations noires (Raphaël GALLIEN, 2022, p62). Cette vision pathologisante a souvent véhiculé des stéréotypes négatifs. Elle a décrit les peuples africains comme primitifs et inférieurs, ce qui a eu des conséquences significatives sur leur traitement et leur perception. L'approche a influencé les pratiques sanitaires en y intégrant des critères discriminatoires qui ont entravé l'établissement d'une véritable démarche de soin axée sur le bien-être des patients.

Le modèle colonial d'organisation des soins psychiatriques se distingue aussi par l'absence d'intégration des savoirs locaux, y compris des pratiques traditionnelles de prise en charge mentale. Ces

pratiques ancestrales, bien que significatives dans ces sociétés, n'ont pas été pleinement considérées. L'hospitalisation psychiatrique reste confinée à quelques centres spécialisés, sous-équipés et sous-financés. Par ailleurs, le manque de personnel formé dans ce domaine et le manque de volonté politique en matière de santé mentale ont freiné la mise en place d'une prise en charge adéquate pour les patients nécessitant des soins psychiatriques. Finalement, le recours fréquent à des mesures coercitives a contribué à renforcer la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux, les isolant davantage socialement et les excluant de la société.

Conclusion

Cette étude révèle que les troubles mentaux dans la colonie de Côte d'Ivoire ont été le résultat d'une combinaison de facteurs sociaux, de maladies tropicales et de représentations coloniales. Les approches thérapeutiques, axées sur l'enfermement et la contrainte, témoignent de préoccupations sécuritaires plutôt que thérapeutiques. En effet, la psychiatrie coloniale française a commencé à se développer au début du XXe siècle, notamment à l'occasion du Congrès des aliénistes qui s'est tenu à Tunis en 1912. Cet événement a été considéré comme l'acte fondateur de cette branche spécifique de la psychiatrie en lien avec la colonisation. Cette discipline qui consistait à mettre en place des établissements psychiatriques dans les colonies, se basait fréquemment sur des théories raciales et ethnologiques pour justifier la prétendue supériorité coloniale. Les psychiatres coloniaux, dont Franck Cazanove, ont eu tendance à médicaliser les comportements des populations noires vivant sous domination coloniale, en les qualifiant de primitifs et en les considérant comme fondamentalement différents des comportements observés chez les Européens.

En raison de la tendance à considérer la race noire comme une race plus apte à développer les troubles psychiatriques et des difficultés économiques engendrées par la première guerre mondiale, le développement des services psychiatriques en Afrique Occidentale Française, et plus spécifiquement en Côte d'Ivoire, a connu un retard significatif. Ce retard survient malgré l'existence de dispositions légales qui imposent à chaque colonie de mettre en place des structures d'accueil pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Le manque de structures adéquates oblige les autorités locales ivoiriennes à trouver des solutions pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux qui se trouvent sur le territoire.

L'étude montre que trois stratégies distinctes ont été mises en œuvre pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux : d'une part, le rapatriement des individus non originaires

du pays vers leur colonie d'origine, et d'autre part, la mise en place d'un système de prise en charge familiale pour les résidents locaux et enfin l'enfermement dans les prisons pour ceux qui étaient considérés comme dangereux pour l'ordre public. Le bilan de ces stratégies met en évidence les héritages problématiques de cette psychiatrie coloniale. Au regard des résultats de cette étude, nous pouvons interroger sur quelles étaient les priorités sanitaires durant la période coloniale en Côte d'Ivoire ?

Sources et bibliographie

Sources

Archives Nationales de Côte d'Ivoire (ANCI) : Série H26, Lettre du gouverneur Angoulvant adressée aux gouverneurs des colonies et commissaires du gouvernement général des territoires de l'Afrique Occidentale Française, 19 juillet 1916.

Archives Nationales de Côte d'Ivoire (ANCI) : Série 2HH96, Télégramme officiel n°1064 du 13 mai 1925 de l'administrateur du cercle de Bassam adressé au Gouverneur à Bingerville

Archives Nationales de Côte d'Ivoire (ANCI) : Série H26, Télégramme officiel n°47 du 15 avril 1920 de l'administrateur d'Abidjan adressé au Gouverneur à Bingerville.

Archives Nationales de Côte d'Ivoire (ANCI) : Série 2HH96, Ordre de mission n°34 du 20 janvier 1919 signé par le lieutenant-gouverneur ANTONETTI

Archives National d'Outre-Mer (ANOM) : Série 1H74, CAZANOVE Franck, *Rapport sur le projet d'un asile d'aliénés*, 1931, Fonds Ancien A.O.F, 14 miom 1370,

Bibliographie

COLLIGNON, René, (2006), « La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal », in *Revue Tiers Monde*, 47 (187), pp. 527-546

FALCONIERI, Silvia, (2022), « Pathologies de l'âme indigène " Les savoirs juridico-administratif et médical sur la folie en Afrique française ». *Histoire, médecine et santé*, n°20, pp.27-49.

GALLIEN Raphaël, (2022), « Penser la race au détour de la folie », *Histoire, médecine et santé*, n°20, pp.51-68.

MARQUIS Paul, (2020), « La psychiatrie dans les colonies (19e siècle-20e siècle) », *Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe*, 3p

ROUET Alice, (2018), *Les oubliés de la médecine coloniale ? Histoire de l'évolution de la prise en charge*

Les troubles psychiatriques dans la colonie de Côte d'Ivoire : éléments déterminants, approches thérapeutiques et évaluation de la psychiatrie coloniale de 1912 à 1938.

des aliénés au Sénégal de 1897 à 1938. Histoire, Paris I, Panthéon-Sorbonne, 112p

TIQUET Romain, (2022), « Gestion policière et enfermement non pénal : la mise à distance des « fous dangereux » dans le Sénégal colonial », *Clio@Themis*, n°23, pp.1-20