



**Université Peleforo
GON COULIBALY**

**DEPARTEMENT
D'HISTOIRE**

Août 2026



Revue électronique

E-ISSN : 3107-1651

P-ISSN : 3107-1643

REVUE D'HISTOIRE, D'ART ET D'ARCHEOLOGIE

TEFAL-PITYA

<https://www.revuetefal-pitya.net>

soumission@tefal-pitya.net

revuetefal.pityaupgc@gmail.com

BP 1328 Korhogo

Revue d'Histoire, d'Art et d'Archéologie

TEFAL-PITYA



Vol.1, N°2, Août 2026

Site : <https://www.revuetefal-pitya.net>

Courriel : soumission@tefal-pitya.net
revuetefal.pityaupgc@gmail.com

Université Peleforo GON COULIBALY

**UFR Sciences Sociales
Département d'Histoire
BP 1328 Korhogo**

E -ISSN : 3107-1651/ P-ISSN : 3107-1643

COMITE EDITORIAL

DIRECTEUR SCIENTIFIQUE : Tanoh Raphael BEKOIN, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.

DIRECTEUR DE PUBLICATION : KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur Titulaire, Université Polytechnique de San-Pedro, Côte d'Ivoire.

DIRECTEUR DE REDACTION : KEWO Zana, Docteur en Histoire des Relations internationales, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

DIRECTEUR DE REDACTION ADJOINT : AGUIE Yhattey Hervé Thierry, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

SECRETARIAT DE REDACTION :

KOFFI Amani, Docteur en Histoire Ancienne, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

N'GORAN Kouadio Adolphe, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

SIGNAUX Affouminou Emmanuel, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

COORDONNATEURS DE PUBLICATION :

KONE Kiyali, Docteur en Histoire Moderne et Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire,

KOUAME N'founoum Parfait Sidoine, Docteur en Histoire Moderne et Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

TRESORIERE :

SORO Yéfounignigui Marie -Laure, Docteur en Histoire Moderne et Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

CHARGES DE DIFFUSION :

ABE Abé Laurent, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

ANGU Bleou Sylvain, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

ATCHIE Amon Guy Serge, Docteur en Histoire Médiévale, Université Peleforo GON COULIBALY BAKAYOKO Yaya, Docteur en Histoire Médiévale, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

DIOMANDÉ Vallet Samuel, Docteur en Histoire Moderne et Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

Fatoumata BAMBA, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

KOUADIO Yao Clément, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

LASME Yao Jean Terence Gauthier, Docteur en archeologie, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

OUATTARA Brahim, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

OUATTARA Issouf, Docteur en Histoire Médiévale, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

TUO Zie, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

WEBMASTER : COULIBALY Souleymane, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

ÉDITEUR : Département d'Histoire, Université Peleforo GON COULIBALY Website : <https://www.revuefefal-pitya.net>

COMITE SCIENTIFIQUE

Abass Souleymane SANGARE, Professeur Titulaire d'Histoire Médiévale, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.

Aboulaye BATHILY, Professeur Titulaire d'Histoire, Université Cheick Anta Diop-Sénégal
Blesson Florent SOHI, Maître de Conférences en Histoire moderne, Université Felix Houphouët Boigny-Côte d'Ivoire.

Koffi Antoine GOLE, Professeur Titulaire d'Histoire, Université Alassane Ouattara- Côte d'Ivoire.

Moritié CAMARA, Professeur Titulaire d'Histoire des Relations Internationales, Université Alassane Ouattara- Côte d'Ivoire.

Nohadani Syrus AHMADI, Maître de Conférences en Géopolitique, Tarbiat Modares University- République Islamique d'Iran.

Odile GOERG, Professeure émérite d'Histoire de l'Afrique contemporaine, Université Paris Cité-CESSMA

Ouakoubo Gaston GNABRO, Professeur Titulaire d'Histoire des techniques, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

Siméon KOUAKOU, Professeur Titulaire d'archéologie, Université Felix Houphouët-Boigny Côte d'Ivoire.

Simon-Pierre M'BRA EKANZA, Professeur Titulaire d'Histoire, Professeur Émérites du Cameroun, Université Felix Houphouët-Boigny – Côte d'Ivoire

Tanoh Raphaël BEKON, Professeur Titulaire d'Histoire économique et sociale, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.

Cho Julie Eunice BROU, Maître de Conférences en Histoire moderne et contemporaine, Université Felix Houphouët Boigny-Côte d'Ivoire.

Jean-Noël LOUCOU, Professeur Titulaire d'Histoire, Université Felix Houphouët-Boigny Côte d'Ivoire.

Théophile KOUI, Professeur Titulaire Études Ibériques et Civilisations Latino-Américaines, Université Felix Houphouët-Boigny- Côte d'Ivoire

Comlan Jérôme ALLADAYE, Professeur Titulaire d'Histoire, Université d'Abomey-Calavi Benin.

Ibrahim Muhammed SAADAOUI, Professeur d'Histoire Moderne et Contemporaine, Université de Tunisie. President de la Tunisian World Center for Studies, Research, and Development et de la Tunisian-Mediterranean Association for Historical, Social and Economic Studies. Tunisie)

Ousseynou FAYE, Professeur Titulaire d'Histoire, Université Cheick Anta Diop –Sénégal.

Kouamé René ALLOU, Professeur Titulaire d'Histoire, Université Felix Houphouët-Boigny - Côte d'Ivoire.

Mahomed N'GUESSAN, Professeur Titulaire d'Histoire politique, Université Felix Houphouët-Boigny -Côte d'Ivoire.

Tiona OUATTARA, Directeur de Recherche d'Histoire, Université Felix Houphouët-Boigny - Côte d'Ivoire.

COMITE DE REDACTION

ABE Abé Laurent,

AGUIE Yhattey Hervé Thierry,

ANGU Bleou Sylvain,

ATCHIE Amon Guy Serge,

BAKAYOKO Yaya,

COULIBALY Souleymane,

DIOMANDÉ Vallet Samuel,

Fatoumata BAMBA,

KEWO Zana,

KOFFI Amani,

KONE Kiyali,

KOUADIO Yao Clément,

KOUAME N'founoum Parfait Sidoine,

LASME Yao Jean Terence Gauthier,

N'GORAN Kouadio Adolphe,

OUATTARA Brahim,

OUATTARA Eugenie,

OUATTARA Issouf,

SIGNAUX Affouminou Emmanuel,

SORO Yéfounnigui Marie -Laure,

TUO Zie.

COMITE DE LECTURE

Djidjé Jacques KAZIO, Docteur en archéologie, Université de Bondoukou

Awa SOROGO, Docteur en Histoire Moderne et contemporaine, Université Alassane Ouattara

Antoine KRA, Maître Assistant d'Histoire économique et sociale, Université Alassane Ouattara -Côte d'Ivoire.

Tiantio SANOGO, Institut Nationale Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle, Abidjan

Salif KINDREBEOGO, Maître de Conférences en Histoire des relations Internationales, Université Norbert Zongo de Koudougou.

Nohan SIDIBE, Docteur en Histoire du travail et Histoire économique, Université de San Pedro-Côte d'Ivoire.

Nahoua Karim SILUE, Docteur en Histoire des Relations Internationales, Université Alassane Ouattara.

N'Goran Gédéon BANGALI, Maître de Conférences d'Histoire des Relations Internationales, Université Jean Lorougnon Guede -Côte d'Ivoire.

N'dri Laurent KOUAKOU, Maître de Conférences d'Histoire des Relations Internationales, Université Alassane Ouattara -Côte d'Ivoire.

N'doua Etienne ETTIEN, Docteur en archéologie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan.

Moutari Moussa MAMAN, Docteur en Histoire Sociopolitique, Université Djibo Hamani de Tahoua/Niger.

Mitanhantcha YEO, Docteur en archéologie, Université Alassane Ouattara- Côte d'Ivoire.

Mamadou Lamine DEMBELE, Professeur Titulaire du Mali / Maître de Conférences du CAMES en Histoire du droit et des institutions, Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako (USJPB) –Mali.

Kpassigué Gilbert KONE, Docteur en Histoire Moderne et contemporaine, Université Alassane Ouattara

Kouakou Sylvain KOFFI, Docteur en archéologie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan.

Kouakou Désiré M'BRA, Maître de Conférences en Histoire du peuplement, Université Alassane Ouattara Côte d'Ivoire.

Kouadio René BOUADI, Docteur en archéologie, Jean Lorougnon Guédé, Daloa Idrissa BA, Maître de Conférences d'Histoire Médiévale, Université Cheik Anta Diop- Sénégal.

Harouna YEO, Docteur en archéologie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan. Guy-

Roland TIE BI GALLA, Docteur en archéologie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan.

Gninin Aicha TOURE, Docteur en archéologie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan.

Ernest YAOBI, Maître de Conférences d'Histoire des Religions, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

Dognima Lassina COULIBALY, Docteur en Histoire Moderne, Université Felix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

Atché Michel AKA, Docteur en archéologie, Université de San Pedro

Abdoulaye BAMBA, Maître de Conférences d'Histoire des Relations Internationales, Université Felix Houphouët-Boigny -Côte d'Ivoire.

SOMMAIRE

1. Tiasvi Yao Raoul AGBAVON, Lecture du jeu des possibles jacobien à partir du déterminisme bernardien : une continuité épistémologique	1-11
2. El Hadji Malick DÈME & Younouss DIOP, Héliopolis, porte du ciel : Réception et Transmission des messages divins en Égypte ancienne	12-27
3. Maman Moutari MOUSSA IBRAH & Addo MAHAMANE & François WASSOUNI, Les savoir-faire techniques en Afrique au Sud du Sahara pendant la période précoloniale	28-43
4. Salif KIENDREBEOGO & Yaya SAWADOGO & Tiéwendé Jean BALIMA, Coopération, peuplement et mise en valeur du bassin de la Volta (1966-2002)	44-60
5. Ibrahima Khalilou & Khady Ndoye DIAGNE, Regard ethnographique sur l'activité céramique en milieu wolof au Sénégal : la caste des potières internes	61-80
6. Sébastien GUIPO, L'école burkinabé face au défi sécuritaire : situation des élèves déplacés dans la province du Zondoma (2015-2024)	81-96
7. Essou Koffi Benjamin MIEZAN & Bonzou Ella ESSEY épouse OHOUO, Service des grandes endémies en Côte d'Ivoire : instrument de lutte contre les maladies endémo-épidémiques (1959-1969)	97-109
8. Moussa Fadiala BOCOUM, L'implantation de la mine de lithium de Bougouni face à la vulnérabilité locale	110-124
9. Kossia Blandine KRA, Pathologies du personnel des forts de la Côte de l'Or (XVIIe-XIXe siècle)	125-138
10. Kouamé Koffi, Systèmes éducatifs en Afrique et problématique de l'employabilité : défis, enjeux et perspectives de transformation	139-154
11. Mitanhantcha YEO, La céramique dans la restauration à Gbèkèkro (Côte d'Ivoire)	155-167
12. Cédric-Aurel MANZENZA, La place du dieu Osiris dans les croyances égyptiennes (2778-1085 av. J-C)	168-180
13. Olive Pulchérie ITOUMBA & Eric Damien BIYOGHE BI ELLA, Longévité du pouvoir d'Omar Bongo Ondimba au Gabon : mécanismes de pérennisation et impacts politiques, économiques et sociaux (1967-2009)	181-202
14. N'founoum Parfait Sidoine KOUAME, Les Siti dans le Royaume de Bouna du XVIIe siècle au XIXe siècle	203-214

15. ABDOURHIMOU Hassane, Les enjeux des alliances politico-militaires entre le Ziguï (Dosso) et le Kebbi (Argungu) de 1831 à 1856	215-228
16. BIRBA Noaga, Approche ethnoarchéologique de l'art de la terre cuite chez les potières de Gaoua (Burkina Faso)	229-247
17. DEMBO YANGA, L'entreprenariat des Manjack en Casamance au temps de la colonie : 1850 – 1960	248-272
18. Jean-Max Pamphil BENIE & Massandjé FADIKA KANO, Violence politique et gouvernance impériale dans le Songhay au XVe XVIe siècles	273-287
19. Gaoussou KAGNASSY, Le conflit de 2026 entre l'Iran et l'axe israélo-américain : leçons technologiques pour l'Afrique	288-304
20. Awa SOROGO, Evolution de l'esclavage dans le Baoulé-faafouê 1721-1911	305-318
21. Adama SAWADOGO & Moctar SANFO, Authenticité et mutations du mariage des Mossé du Sandbontenga au Burkina Faso	319-336
22. DOGNON Elavagnon Dorothée, La réécriture poétique de la mémoire par l'esthétique d'archive dans le cinéma ouest-africain	337-357
23. ANIN PATRICIA-CLAIRE N'CHO Epouse NOGBOU, Mysticisme soufi, pouvoir urbain et identité savante en Afrique de l'Ouest du XVème au XVIème siècle	358-375
24. Richard Codjo AKODANDE HONMA, De la pénombre à la lumière : l'aménagement urbain comme vecteur de sécurité nocturne au Bénin 2016-2026 à travers les trajectoires de Cotonou, Porto-Novo et Parakou	376-392
25. Paul SALATOU, Le fondement de la réforme éducative du Réseau École et Développement (RED) : 1989-2011	393-408
26. MONGA Arthur Dénos & YRO Timbo Adler Vivien, Décryptage écocritique des mythes totémiques Wê de Côte d'Ivoire : les exemples des mythes de la poule et du poisson	409-423

SERVICE DES GRANDES ENDÉMIES EN CÔTE D'IVOIRE : INSTRUMENT DE LUTTE CONTRE LES MALADIES ENDÉMO-ÉPIDÉMIQUES (1959-1969)

Essou Koffi Benjamin MIEZAN

Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

ekbmiezan@gmail.com

&

Bonzou Ella ESSEY épouse OHOUO

Département d'Histoire-Géographie,

École Normale Supérieure d'Abidjan, Côte d'Ivoire

ellabonzou2@gmail.com

Résumé

L'étude interroge la manière dont le Service des Grandes Endémies en Côte d'Ivoire (1959-1969) a constitué un instrument de lutte contre les maladies endémo-épidémiques. Il s'agit de comprendre le rôle dans la prise en charge des principales pathologies tropicales et la capacité à transformer l'action sanitaire dans un contexte de forte morbidité et de transition postcoloniale. La recherche repose sur l'analyse de sources. Elle s'appuie en particulier sur les rapports d'activités du Service des Grandes Endémies rédigés par Maurice Rives, complétés par des travaux scientifiques (thèse et ouvrages). Les données ont été croisées, hiérarchisées et traitées de manière thématique autour de trois axes : la genèse du service, organisation et moyens, puis activités de lutte sanitaire. Les résultats montrent que ce service constitue un dispositif central de la politique sanitaire ivoirienne entre 1959 et 1969. Héritier de la médecine mobile coloniale, il s'appuie sur une organisation structurée et des équipes mobiles pour mener des campagnes massives de dépistage, de traitement et de prévention. Les actions ont permis une couverture sanitaire importante et une intensification des interventions contre les principales endémies. Toutefois, malgré le développement progressif des stratégies préventives, la forte charge pathologique et les contraintes logistiques maintiennent une prédominance des logiques curatives. Ainsi, le service apparaît à la fois comme un instrument efficace de contrôle sanitaire et comme une structure confrontée aux limites structurelles du système de santé de l'époque.

Mots-clés : Médecine mobile- Politique sanitaire-Côte d'Ivoire- Maladies endémiques

SERVICE FOR MAJOR ENDEMIC DISEASES IN IVORY COAST: A TOOL FOR COMBATING ENDEMIC AND EPIDEMIC DISEASES (1959–1969)

Abstract

This study examines how the Service of Major Endemic Diseases in Côte d'Ivoire (1959–1969) functioned as an effective instrument in the fight against endemic and epidemic diseases. It seeks to understand its role in managing major tropical pathologies and its capacity to transform public health action within a context of high morbidity and postcolonial transition. The research is based on the analysis of archival sources, particularly the activity reports of the Service of Major Endemic Diseases written by Maurice Rives, supplemented by scientific works (theses and books). The data were cross-checked, prioritized, and thematically analyzed around three main axes: the origin of the service, its organization and resources, and its health intervention activities. The findings show that this service constituted a central component of Ivorian health policy between 1959 and 1969. As an heir to colonial mobile medicine, it relied on a structured organization and mobile teams to carry out large-scale screening, treatment, and prevention campaigns. Its actions enabled broad health coverage and an intensification of interventions against major endemic diseases (trypanosomiasis, leprosy, onchocerciasis, malaria, tuberculosis).

However, despite the gradual development of preventive strategies, the heavy disease burden and logistical constraints maintained a predominance of curative approaches. Thus, the service appears both as an effective instrument of health control and as a structure confronted with the structural limitations of the health system of that period.

Keywords: Mobile medicine-Health policy-Côte d'Ivoire- Endemic diseases.

Introduction

Le Service des Grandes Endémies en Côte d'Ivoire s'inscrit dans la tradition de la médecine mobile, à la fois curative et préventive développée en contexte colonial pour faire face à la forte prévalence des maladies tropicales. Il constitue une structure spécialisée dans la lutte contre les grandes endémies à fort retentissement social et démographique, notamment la lèpre, la trypanosomiase, le pian, la syphilis, le paludisme, l'onchocercose, la bilharziose, la fièvre jaune, la tuberculose, la rougeole, la varicelle (M. Rives, 1959, p.5).

Dès les débuts de la colonisation, l'administration métropolitaine est confrontée à une situation sanitaire préoccupante marquée par la persistance et la virulence de maladies tropicales. Comme le souligne Danielle Domergue (1986), ces pathologies sont à l'origine d'une mortalité élevée et touchent les populations africaines et européennes installées dans l'Afrique Occidentale Française (AOF). Parmi elles, le paludisme apparaît comme le fléau majeur. Il représente à lui seul près de la moitié des décès enregistrés dans l'AOF (D. Domergue, 1986, p.154).

Face à cette situation, une réponse sanitaire spécifique est élaborée. Sous l'impulsion d'Eugène Jamot ¹se développe la médecine mobile, fondée sur le principe d'aller vers les populations pour assurer le dépistage et le traitement des malades (M. Rives, 1966, p. 29). Cette approche marque une rupture avec la médecine statique. Durant l'entre-deux-guerres, elle inspire la création de plusieurs dispositifs sanitaires adaptés aux réalités africaines. Ces structures, dotées d'équipes itinérantes sillonnent villages et zones reculées pour mener des activités de dépistage, de traitement et de prévention (B. Miézan, 2021, p.47).

Dans le prolongement de cette dynamique, une réforme engagée en 1958 à l'échelle fédérale conduit à la création du Service Fédéral de Lutte contre les Grandes Endémies, une structure

¹ (1879-1937) médecin militaire français spécialisé en médecine tropicale.

de lutte contre les maladies endémo-épidémiques. Toutefois, le processus de transfert des compétences administratives aux autorités locales à la veille des indépendances entraîne la disparition de cette structure fédérale. C'est dans ce contexte qu'est créé en 1959, le service local des Grandes Endémies (M. Rives, 1959, p. 15).

Entre 1959 et 1969, période correspondant au mandat du premier directeur, ce service déploie un ensemble d'actions sur l'ensemble du territoire. À travers les antennes locales et les équipes mobiles, il organise des campagnes de dépistage, de traitement et de prévention. Ces interventions s'inscrivent dans la continuité des pratiques héritées de la médecine coloniale tout en les adaptant au nouveau contexte de l'État souverain.

Dans ce contexte, une interrogation centrale se dégage : dans quelle mesure le service des grandes endémies a-t-il constitué un instrument de lutte contre les maladies endémo-épidémiques en Côte d'Ivoire ? L'objectif de cette étude est d'analyser le rôle de cette institution dans la politique sanitaire. Elle examine la genèse, l'organisation, les moyens et les activités de lutte contre les grandes endémies.

Pour ce faire, cette recherche s'appuie sur l'exploitation de sources, notamment les documents conservés à la Direction des Établissements et des Professions Sanitaires (DEPS) tels que les rapports rédigés par Maurice Rives². Ces sources sont complétées par de thèse et ouvrages. Les données collectées ont été croisées, hiérarchisées et organisées de manière thématique. L'étude s'articule autour de trois axes : Genèse du service des grandes endémies, organisation et moyens et un dernier qui examine les activités.

1-Genèse du Service des Grandes Endémies (1959)

La colonisation de l'Afrique s'est accompagnée d'une forte prévalence de maladies endémiques telles que le paludisme, l'onchocercose, la trypanosomiase et les tréponématoses. Ces pathologies touchaient aussi bien les populations africaines qu'européennes. Face à cette situation sanitaire préoccupante, l'administration coloniale a structuré les politiques de lutte. En Côte d'Ivoire, la création du Service des Grandes Endémies en 1959 s'inscrit dans la continuité de ces dispositifs, en pleine période de transition administrative et de réorganisation du système de santé.

² Premier directeur du Service des Grandes Endémies (1959-1969)

1.1 Contexte sanitaire marqué par les maladies endémo-épidémiques

Dans la colonie de Côte d'Ivoire, à l'instar de l'ensemble de l'AOF, la période coloniale est caractérisée par une forte prévalence de maladies endémiques responsables d'une mortalité importante. Dès le XIX^e siècle, plusieurs travaux médicaux signalent la gravité de la situation sanitaire. Ces études décrivent un environnement propice à la diffusion du paludisme, du choléra et du typhus, alors perçus comme hautement pathogène (C. Mathis, 1946, p.7). Cette représentation traduit l'ampleur des menaces sanitaires qui justifient la mise en place des dispositifs de lutte organisés.

Les données disponibles montrent l'impact considérable de ces maladies. En 1935, les affections endémo-épidémiques représentent environ 27 % des causes de décès en Côte d'Ivoire (D. Domergue, 1986, p. 153). Parmi elles, la trypanosomiose observée dès le début du XX^e siècle dans plusieurs régions s'est étendue à toute la colonie. La lèpre et le bérubéri accentuent la morbidité et la mortalité. De plus, les maladies épidémiques telles que la rougeole, la variole et la méningite provoquent des flambées meurtrières entre 1914 et 1915. À ce tableau s'ajoutent la tuberculose et les maladies vénériennes, virulentes en milieu urbain (D. Domergue, 1986, p.144).

Face à ce bilan alarmant, les autorités coloniales déploient des mesures de santé publique. La vaccination contre la variole devient obligatoire dès le début du XX^e siècle. Des actions de lutte antivectorielle sont entreprises contre le paludisme et la fièvre jaune, accompagnées de politiques d'organisation de l'espace entre populations européennes et africaines (D. Domergue, 1986, p.170). Ces dispositifs sont renforcés par des équipes mobiles chargées du dépistage et de prise en charge des malades sur l'ensemble du territoire.

Dans cette dynamique, le Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie créé en 1920 marque une étape importante. Il structure les actions de lutte à travers le dépistage, le traitement de masse et la prévention. Cette organisation est progressivement complétée par des structures de coordination, notamment le Service Fédéral de Lutte contre les Maladies Endémiques mis en place en 1958 (M. Rives, 1966, p.13). Toutefois, à la fin des années 1950, le transfert des compétences sanitaires aux autorités territoriales entraîne une réorganisation des dispositifs fédéraux. Cette réorganisation impose la création de services de lutte locaux au sein de chaque territoire (M. Rives, 1966, p. 22).

1.2 Création du Service des Grandes Endémies

Le Service des Grandes Endémies de Côte d'Ivoire est créé par décret en 1959³. Placé sous l'autorité du ministère de la Santé, il constitue une réponse institutionnelle à l'ampleur des endémies rurales et aux limites des structures existantes. La direction est confiée au docteur Maurice Rives, premier responsable de la structuration et de la mise en œuvre opérationnelle (M. Rives, 1965 ; p .6). Cette création s'inscrit dans la dynamique de réorganisation de la santé publique au lendemain des indépendances. Elle vise à adapter l'action sanitaire aux réalités épidémiologiques du pays.

Cet organisme de médecine mobile possède une vocation rurale. Il est chargé de combattre les principales pathologies tropicales, parmi lesquelles la trypanosomiase, la lèpre, le paludisme, l'onchocercose, les bilharzioses, la tuberculose, la fièvre jaune et la rougeole (M. Rives, 1966, p. 22). Les missions reposent sur une double orientation, préventive et curative. Sur le plan préventif, le service assure le dépistage systématique des populations, les vaccinations et l'éducation sanitaire. Sur le plan curatif, il organise des traitements de masse grâce à des équipes itinérantes qui couvrent l'ensemble du territoire selon une logique d'intervention de proximité. À ces activités s'ajoutent des actions complémentaires telles que les consultations foraines et la gestion des poussées épidémiques ponctuelles (M. Rives, 1959, p .13).

La doctrine du service s'inscrit dans la continuité de la médecine mobile développée par Eugène Jamot dès 1917. Elle part du principe qu'en contexte de forte dispersion des populations et de faible densité médicale, la médecine individuelle et statique est insuffisante pour obtenir des résultats significatifs (M. Rives, 1966, p. 23). Seules des interventions de masse, fondées sur le dépistage systématique et l'enquête épidémiologique à large échelle permettent de juguler ces fléaux (J.P. Bado, 2011, p.55). Cette approche exige une organisation sanitaire mobile, polyvalente et fortement structurée, reposant sur une unité de direction, une autonomie fonctionnelle et une discipline rigoureuse du personnel.

³ DÉCRET n°59-196 du 14 octobre 1959 portant création du service des Grandes Endémies de la Côte d'Ivoire, J.O.C.I, 1959 ; p 993

2-Organisation et moyens du Service des Grandes Endémies

La mise en œuvre des missions du Service des Grandes Endémies repose sur une organisation structurée. Elle mobilise un ensemble de moyens techniques, administratifs et humains indispensable pour garantir la coordination et l'efficacité des actions sur l'ensemble du territoire national.

2.1 Organisation du Service des Grandes Endémies

Le Service des Grandes Endémies s'intègre dans l'architecture générale du système de santé ivoirien à travers une Direction des Grandes Endémies rattachée à la Direction générale de la Santé. Cette structure constitue l'organe central de conception, de planification et de coordination des activités de lutte contre les endémies (M. Rives, 1959, p. 6). À ce titre, elle élabore les programmes de campagne, définit les stratégies d'intervention et programme des actions sanitaires nationales. Elle pilote le déploiement des dispositifs techniques de couverture sanitaire du pays, tout en gérant les ressources humaines, matérielles et financières de l'institution (M. Rives, 1959, p. 6).

Cette organisation repose sur un principe fondamental d'unité de direction et de cohérence administrative qui garantit la centralisation des décisions stratégiques. Toutefois, cette centralisation s'accompagne d'une déconcentration opérationnelle. Ce choix permet d'adapter les interventions aux réalités épidémiologiques locales et d'accroître l'efficacité des actions sur le terrain.

Sur le plan territorial, le pays est subdivisé en secteurs départementaux, eux-mêmes organisés en sous-secteurs. Le secteur départemental constitue l'unité principale d'exécution. Il est dirigé par un médecin-chef placé sous l'autorité du Directeur départemental de la Santé. Ce dernier supervise la coordination des activités, le contrôle des formations fixes et mobiles et l'exécution des programmes définis par l'administration centrale (M. Rives, 1959, p. 8).

Le médecin-chef de secteur veille à l'application rigoureuse des directives techniques et administratives. Il rend compte des activités à la fois au Directeur départemental de la Santé et à la Direction des Grandes Endémies. Les sous-secteurs, placés sous la responsabilité d'un chef de sous-section assurent la mise en œuvre opérationnelle des activités sur le terrain. Ils gèrent en particulier le personnel et les ressources, tout en exécutant les programmes de lutte (M. Rives, 1959, p. 10).

Chaque secteur s'organise autour de formations de base. Celles-ci comprennent une section administrative (secrétariat, comptabilité, statistique, logistique) et des sections techniques spécialisées selon les endémies prioritaires (la lèpre, la trypanosomiase, les tréponématoses ou les helminthiases) (M. Rives, 1959, p. 12). Ces structures s'appuient sur des dispositifs techniques complémentaires, au premier rang figurent les laboratoires, les léproseries et les unités spécialisées placées sous la responsabilité des autorités médicales du secteur (M. Rives, 1959, p .11).

2.2 Les moyens du Service des Grandes Endémies

Le fonctionnement du Service des Grandes Endémies repose sur un ensemble de moyens humains, matériels, logistiques et financiers adaptés aux exigences de la médecine mobile de masse.

Sur le plan humain, le service dispose d'un personnel médical et paramédical spécialisé, formé aux interventions en milieu rural et à la prise en charge des pathologies tropicales. Une attention particulière est accordée à la formation des infirmiers-chefs de section. Ces derniers jouent un rôle central dans l'exécution des activités de terrain et la coordination des équipes opérationnelles (M. Rives, 1965, p. 18). L'effectif global dépasse le millier d'agents, comprenant médecins, infirmiers spécialisés, contrôleurs de la lèpre, aides-infirmiers, agents administratifs et personnel technique (M. Rives, 1965, p.21). Cette composition traduit une organisation hiérarchisée, articulée entre un encadrement médical restreint et une large base opérationnelle (M. Rives, 1965, p .16)

Sur le plan matériel et logistique, le service s'appuie sur des infrastructures mobiles standardisées afin d'assurer la couverture sanitaire du territoire. Les équipes mobiles constituent l'unité centrale du dispositif et se divisent en quatre ou cinq catégories : prospection, polyvalente, spécialisation, traitement et contrôle. Ensemble, elles assurent le dépistage systématique, la vaccination, le traitement de masse et le suivi des malades. Les équipes de prospection capables d'examiner 250 personnes par jour sont dotées d'outils de diagnostic, notamment des microscopes pour la confirmation biologique des cas (M. Rives, 1965, p. 17). Pour les circuits réguliers en zones rurales, les équipes de traitement utilisent des moyens de transport adaptés aux contraintes géographiques, allant des véhicules automobiles aux bicyclettes et aux embarcations.

Le dispositif est complété par des équipes de contrôle chargées de l'évaluation thérapeutique et du suivi des patients et des barrages mobiles de police sanitaire qui surveillent les flux de population. Les laboratoires occupent une place centrale. Ils disposent d'équipements de microscopie, de sérologie, d'électrophorèse et d'histopathologie, appuyés par des structures hospitalières spécialisées, notamment les léproseries (M. Rives, 1969, p. 19).

Une innovation majeure réside dans la mise en place des zones de Dépistage, de traitement et de propagande (D.T.P.) qui couvrent des populations de 15 000 à 20 000 habitants. Ce dispositif impose une organisation cyclique des activités sanitaires selon un calendrier (M. Rives, 1965, p. 23). Cette forme avancée d'organisation sanitaire mobile est considérée comme une préfiguration des centres de santé ruraux modernes.

Sur le plan financier, le service bénéficie d'un financement mixte combinant les ressources de l'État ivoirien et des appuis extérieurs, provenant du Fonds d'Aide et de Coopération (FAC), de l'Agence Internationale pour le Développement (AID) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Pour l'année 1966, ces aides atteignent environ 84 millions de F.CFA, illustrant l'importance stratégique accordée à cette lutte sanitaire (M. Rives, 1966, p. 24). À ces ressources, s'ajoutent des contributions d'organisations humanitaires comme la Fondation Raoul Follereau et l'Ordre de Malte, qui renforcent les capacités d'intervention du service (M. Rives, 1966, p. 32).

L'analyse de cet ensemble montre que les moyens du Service des Grandes Endémies dépassent la simple accumulation de ressources. Ils traduisent une véritable stratégie sanitaire globale fondée sur la mobilité, la polyvalence et la massification de l'action. L'expansion progressive des équipes mobiles, des laboratoires et des zones D.T.P entre 1960 et 1969 matérialise la doctrine héritée d'Eugène Jamot, selon laquelle seule une action systématique et exhaustive permet de contrôler les grandes endémies en milieu tropical.

3. Les activités de lutte sanitaire contre les maladies endémo-épidémiques

Les activités du Service des Grandes Endémies traduisent la mise en œuvre concrète de cette mission sur le terrain. Elles se déploient à travers des actions de dépistage, de prévention et de traitement menées sur l'ensemble du territoire national.

3. 1 Une activité intense contre les maladies endémo-épidémiques

Les activités du Service des Grandes Endémies entre 1960 et 1969 révèlent une action sanitaire de grande ampleur. Les données statistiques témoignent à la fois de la persistance d'une lourde charge pathologique et du déploiement progressif d'un dispositif de santé publique orienté vers une lutte systématique.

En matière de dépistage, les campagnes de terrain s'intensifient. Le nombre de personnes dépistées passe de 281 788 en 1960 à 456 357 en 1965, puis atteint 714 720 en 1966 (M. Rives, 1966, p. 32). Cette évolution traduit les variations de l'intensité des campagnes sanitaires plutôt qu'une progression linéaire continue. Parallèlement, l'activité de laboratoire connaît un essor significatif, passant de 334 333 examens réalisés en 1965 et 460 184 en 1966 (M. Rives, 1966, p. 33). Ce bond quantitatif confirme l'intégration croissante des techniques biologiques dans la surveillance épidémiologique. L'ampleur de la couverture sanitaire est attestée par le nombre des consultations et des populations touchées. Le service a enregistré près de 765 872 consultations en 1965 et visité environ 2 436 802 personnes en 1969 (M. Rives, 1969, p. 30).

L'analyse des pathologies met en évidence la persistance de fléaux majeurs. La trypanosomiase, la lèpre, l'onchocercose, la bilharziose, la tuberculose, le trachome et le pian constituent les principales affections identifiées. Les données indiquent plus de 2 000 cas de trypanosomiase cumulés et environ 100 000 cas de lèpre en 1966. Pour les autres affections endémiques, le bilan global dépasse 500 000 cas en 1967 (M. Rives, 1969, p. 33). Ces chiffres confirment que le service intervient dans un contexte de forte endémicité dominé par les affections infectieuses et parasitaires.

Sur le plan préventif, les campagnes de vaccination et de chimioprophylaxie ⁴s'intensifient. Les vaccinations antivarioliques atteignent 603 852 doses, tandis que les campagnes antiamariles varient entre 466 519 et de 600 000 doses selon les années. Les vaccinations antirougeoleuses et le BCG enregistrent respectivement 286 693 en 1965 et 226 418 injections en 1966. Cette diversification des programmes traduit l'élargissement de la stratégie préventive. En parallèle, la chimioprophylaxie, fondée en priorité sur la lomidine ⁵contre la trypanosomiase et la pénicilline contre le pian, témoigne de la mise en œuvre d'interventions

⁴ Une méthode de prévention qui consiste à administrer des médicaments à une personne saine exposée afin d'empêcher l'apparition d'une maladie ou réduire le risque qu'elle développe.

⁵ Médicament utilisé contre la trypanosomiase.

médicamenteuses de masse. Toutefois, les fluctuations annuelles révèlent les limites organisationnelles et logistiques des campagnes.

Enfin, les activités curatives soulignent la forte pression exercée sur le dispositif. Le service prend en charge plusieurs centaines de milliers de malades, avec 301 122 malades traités en 1960 à 666 447 en 1966 (M. Rives, 1969, p. 28). Malgré le développement des actions préventives, le système demeure dominé par une logique curative, contraint de répondre à une demande de soins urgents due à une morbidité élevée.

En somme, le service des grandes endémies s'affirme comme le pilier central de la politique sanitaire ivoirienne de la décennie. L'action se caractérise par un dépistage de masse et une amorce de transition vers la prévention, même si l'impératif curatif reste prédominant.

3.2 Les campagnes de lutte contre les grandes endémies : une action sanitaire de masse

Les campagnes menées par le Service des Grandes Endémies matérialisent la mise en œuvre progressive d'une politique sanitaire de masse. Fondées sur la combinaison du dépistage, du traitement et de la prévention, elles révèlent une stratégie globale, adaptée à la nature des pathologies et aux ressources techniques disponibles.

Un premier volet de ces interventions cible les endémies parasitaires et vectorielles, au premier rang desquelles figurent la trypanosomiase, l'onchocercose et la dracunculose. La lutte contre la trypanosomiase repose sur une approche intégrée. Elle associe dépistage systématique, chimioprophylaxie par la Lomidine et la destruction des gîtes de glossines. Cette stratégie permet une diminution drastique de l'incidence. L'indice de morbidité passe de 0,101 en 1959 à 0,013 en 1966 (M. Rives, 1966, p. 30). De manière similaire, l'action contre l'onchocercose combine la cartographie de l'endémie, le dépistage de masse, le traitement médicamenteux et l'éradication des gîtes larvaires des simulies. La dracunculose fait l'objet d'interventions ciblées reposant sur l'identification des foyers, le traitement des cas et la lutte contre le vecteur.

Le deuxième axe d'intervention concerne les tréponématoses, en particulier le pian et la syphilis. Les premières campagnes s'appuient sur les injections de pénicilline à action retard. À partir de 1961, le service déploie un dispositif renforcé qui associe le dépistage clinique ou sérologique au traitement par benzathine-pénicilline. Cette évolution témoigne du renforcement des capacités diagnostiques de l'institution, soutenue par des partenaires

internationaux comme UNICEF. Toutefois, la répartition géographique différenciée du plan et de la syphilis révèle la complexité épidémiologique de ces affections, imposant une adaptation constante des stratégies de lutte.

Parallèlement, les campagnes de vaccination de masse s'attaquent aux maladies épidémiques aiguës comme la rougeole, la fièvre jaune et la variole. D'abord expérimentale, la vaccination antirougeoleuse est généralisée grâce à des vaccins plus efficaces, protégeant des centaines de milliers d'enfants. La lutte contre la fièvre jaune connaît une extension importante avec l'adoption du vaccin 17D, qui permet d'immuniser près de deux millions d'enfants âgés de 6 mois à 15 ans (M. Rives, 1966, p. 31). Bien que la campagne antivariolique relève principalement d'autres structures sanitaires, le Service des Grandes Endémies y prend une part active en assurant environ un tiers des vaccinations nationales (M. Rives, 1969, p.25).

Enfin, les campagnes contre les endémies chroniques telles que la lèpre et la tuberculose s'inscrivent dans une logique de prise en charge à long terme. La lutte contre la lèpre évolue de manière significative. Elle combine désormais le dépistage, le traitement et la prophylaxie vaccinale par le BCG dont le rôle protecteur est reconnu à partir de 1965. Cette évolution marque le passage d'une logique essentiellement curative à une approche préventive. De même, la lutte contre la tuberculose repose sur la vaccination massive des populations vulnérables, couvrant environ 2,3 millions de personnes (M. Rives, 1969, p. 34). Cette réalité témoigne de l'ampleur des efforts engagés.

L'ensemble des campagnes met en évidence une organisation sanitaire structurée et évolutive. Le Service des Grandes Endémies s'impose comme la clé de voûte de la politique sanitaire ivoirienne, articulant interventions de masse, innovations thérapeutiques et surveillance épidémiologique face à une forte endémicité qui explique la persistance de son action dans le temps.

Cette action sanitaire d'envergure se heurte toutefois à des limites structurelles majeures. Au niveau organisationnel, la faiblesse de l'encadrement médical face à une base opérationnelle large fragilise la qualité de l'intervention sur le terrain. Financièrement, la dépendance aux aides extérieures compromet la pérennité des programmes. De plus, les contraintes logistiques et la lourde charge pathologique imposent une logique curative au détriment des stratégies préventives. Enfin, la nécessité de maintenir une médecine mobile, malgré l'intensité des

campagnes révèle l'impuissance d'une réponse purement sanitaire face à des fléaux profondément enracinés dans les réalités socio-environnementales du pays.

Conclusion

L'étude du Service des Grandes Endémies en Côte d'Ivoire met en évidence la mise en place progressive d'un dispositif sanitaire structuré, né de l'héritage colonial et des recompositions institutionnelles de la période post-indépendance. Conçu comme un instrument de médecine mobile, ce service répondait à une urgence : une forte prévalence de pathologies parasitaires et infectieuses qui affectaient durablement les populations rurales.

L'organisation, articulée entre centralisation décisionnelle et déconcentration opérationnelle a permis la mise en place d'un maillage territorial efficace. Appuyé sur un personnel spécialisé, des équipes mobiles et des financements diversifiés, ce service a favorisé le déploiement de campagnes massives de dépistage, de prévention et de traitement, illustrant une volonté de contrôle systématique à l'échelle nationale.

Toutefois, le bilan des activités reste contrasté. Si l'essor de la vaccination et de la chimioprophylaxie amorce une transition vers la prévention, l'importance du nombre des cas révèle la persistance d'une forte morbidité. Le service est ainsi demeuré prisonnier d'une logique curative, conséquence directe de l'ampleur des endémies et des contraintes logistiques du système sanitaire.

En définitive, le Service des Grandes Endémies apparaît comme une institution centrale de la politique de santé publique en Côte d'Ivoire durant la période étudiée. Il incarne une tentative de rationalisation de lutte médicale de masse. Il révèle aussi des limites d'une action purement sanitaire face à des fléaux profondément enracinés dans les réalités socio-environnementales. C'est précisément l'impasse de ce modèle exclusivement mobile qui vient justifier la sédentarisation des soins à travers le développement d'un réseau fixe de centres de santé ruraux.

Références Bibliographiques

BADO Jean Paul, 2011, *Eugène Jamot, 1879-1937 ; le médecin de la maladie du sommeil ou trypanosomiase*, Paris, Karthala, 441 p.

DÉCRET n°59-196 du 14 octobre 1959 portant création du service des Grandes Endémies de la Côte d'Ivoire, J.O.C.I, 1959 ; p 993

DOMERGUE Danielle, 1986, *Politique française et réalité coloniale : l'exemple de la santé en Côte d'Ivoire 1905-1958*, Paris, Association des publications de l'Université de Toulouse-le Mirail, Académie des Sciences d'Outre-mer, 2 volumes, 1901 p.

MATHIS Constant, 1946, *L'œuvre des Pastoriens en Afrique Noire Occidentale Française*, Paris, Presses Universitaires de France, 580 p.

MIEZAN Essou Koffi Benjamin, 2021, *Histoire du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville ; de l'annexe de l'hôpital du Plateau au Centre Hospitalier Universitaire (1938-2001)*, Thèse de doctorat en Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny, 430 p.

RIVES Maurice, 1959, *Rapport d'activité du Service des Grandes Endémies*, 40 p.

RIVES Maurice, 1965, *Rapport d'activité du Service des Grandes Endémies*, 55 p

RIVES Maurice, 1966, *Rapport d'activité du Service des Grandes Endémies*, 34 p

RIVES Maurice, 1969, *Rapport d'activité du Service des Grandes Endémies*, 40p