

Les femmes dans la politique sanitaire coloniale : le cas des matrones et des sages-femmes au Gabon, 1920-1958

Armande LONGO,
Assistante en Histoire
Ecole Normale Supérieure (ENS), Libreville
longoarmande@yahoo.fr

Résumé

L'étude des matrones et des sages-femmes dans la politique sanitaire coloniale interroge leur place et leur rôle réel dans l'implantation et la pénétration de la médecine occidentale. Deux questions sont abordées : comment se fait le glissement de la matrone à la sage-femme et quelle est l'empreinte de ce personnel dans l'amélioration des conditions de vie de la femme gabonaise ? Il en ressort que ce personnel féminin autochtone a joué un rôle décisif dans la réduction du fort taux de mortalité infantile et maternelle en imposant la médicalisation pendant la période de la grossesse jusqu'à la naissance du bébé et même au de-là.

Mots-clés : Politique sanitaire – Femmes – Matrones – Sages – Femmes - Gabon.

Abstract

The study of matrons and midwives in colonial politics questions their place and their real role in the implantation and penetration of western medicine. Two questions are addressed : how is the matron's shift to the midwife and what is the imprint of this staff in improving the living conditions of Gabonese women ? It appears that this indigenous female staff has played a major role in reducing the high rate of infant and maternal mortality by imposing medicalization during the period of pregnancy to the birth of the baby and beyond.

Keywords: Health Policy - Women - Matrones - Sages - Women - Gabon.



Introduction

Contrairement à une idée reçue, la colonisation généra un certain nombre de documents servant directement l'histoire des femmes. Les femmes occupent en effet une place à la fois marginale et centrale dans la politique coloniale. Marginale, car les femmes font rarement l'objet de politiques spécifiques : elles sont généralement traitées en négatif, en creux, subissant les conséquences implicites des pratiques et de la législation coloniales. Centrale, car les autorités coloniales s'intéressent explicitement aux femmes sous l'angle de leur fonction de reproduction : dans les colonies françaises, aux densités faibles, le souci de générer de la main-d'œuvre soit en favorisant la natalité, soit en limitant la mortalité infantile implique directement les femmes. Cette politique de la main-d'œuvre passe par des actions visant les femmes dont on reconnaît le rôle comme génitrices, responsables des jeunes enfants et éducatrices.

Malgré l'importance des femmes dans la production, leur fonction dans ce domaine ne suscita que rarement une approche particulière de la part du colonisateur : tout discours ou projet modernisateur concernait en priorité les hommes. Pour des raisons variées, les femmes se trouvèrent repoussées vers des tâches de production vivrière. En effet, les ambitions de l'administration française en matière de santé publique en Afrique Équatoriale Française (AEF) ont été étudiées par des travaux d'histoire de la médecine coloniale, mais le rôle que les femmes jouèrent dans cette entreprise de contrôle social est encore imparfaitement connu (P. Bado, 1996 et H. A. Mabika Ognandzi, 2008). Dans le cadre géographique et administratif du Gabon, la domination exercée par la France s'est traduite par un renforcement du pouvoir masculin, européen et africain sur les femmes africaines, mais aussi en parallèle par une redéfinition

de la place attribuée à certaines femmes dans des sociétés en profonde mutation. La thèse pionnière et novatrice d'Aurélié Ayeni (2007) ouvre de nouvelles pistes de recherche dans ce domaine de l'histoire du genre au Gabon qui évoque la place des femmes dans les services de santé. Dans une perspective plus générale, Armande Longo (2007) aborde la politique sanitaire coloniale sous l'angle du genre. D'autres travaux entreprennent d'analyser le traitement de la question féminine dans différents pans de l'action publique. On peut dans cet ordre énumérer les préoccupations juridiques et matrimoniales de Gladys Esseng Aba'a (2010), la participation des femmes dans l'administration publique par Judith Doutsona (2011) et la scolarisation des filles par Emma Prudence Mouleba (2012)... À l'heure où la notion de genre paraît en vogue, à défaut de s'imposer comme une réalité dans les faits, l'intérêt d'une étude sur le rôle de la femme dans l'Assistance Médicale Indigène (AMI) au Gabon et plus particulièrement sur le rôle de la matrone et de la sage-femme dans la politique sanitaire coloniale n'a pas besoin de longue justification, d'autant plus qu'il n'existe aucune étude globale sur ce thème pourtant indispensable à la compréhension et à la juste évaluation des transformations récentes de la société gabonaise. C'est dans cette double perspective de jeter un premier coup de sonde dans l'histoire d'une catégorie de plus en plus importante parmi les travailleurs gabonais et d'ajouter une facette à l'analyse de l'évolution de la société gabonaise que s'inscrit le présent article. Cette étude éveille donc une problématique d'aménagement et de mise en valeur des espaces sociopolitiques au Gabon aux premières heures de la présence française. En effet, dans un espace culturellement fondé sur des pratiques séculaires, y compris dans le domaine médical, l'avènement colonial entraîne des exigences nouvelles liées à la préservation des masses humaines. Ainsi, comment s'opère le passage de l'accoucheuse traditionnelle à la sage-femme et quels étaient autant leur place que leur rôle?

La réponse à cette question principale induit l'analyse d'une série d'éléments significatifs qui rendent compte des procédés par lesquels se structure la médecine coloniale, de 1920 à 1958. Le choix de l'année 1920 s'explique par le lancement en Afrique d'une politique sanitaire dite de « régénération ». Elle consiste en la mise en œuvre d'un vaste programme de lutte contre les maladies endémo-épidémiques et sociales en vue d'endiguer, ou du moins faire notablement reculer la mortalité infantile et ainsi promouvoir la natalité en incluant les femmes. L'année 1958 évoque, quant à elle, la création du Centre de Formation des Infirmières et des Sages-femmes de Libreville. Cet établissement vient formaliser la professionnalisation du personnel médical féminin. L'insertion des femmes dans la politique sanitaire aborde ainsi une phase formelle qui marque durablement le glissement progressif vers les pratiques modernes en matière d'accouchement. De ce fait, notre étude privilégie deux hypothèses :

- La nécessité de préserver le capital humain qui garantit une meilleure mise en valeur de la colonie. La colonisation est avant tout une aventure économique. En milieu tropical, elle se heurte à la maladie qui décime les masses. D'où l'exigence d'une médecine dite de masse pour la protection et le développement de cette main-d'œuvre utile.
- Pour autant, faute de personnel disponible, il semblerait que le colonisateur peine à déployer sa médecine, d'où la nécessité de recourir à un syncrétisme, parfois, dans le domaine de la maternité par la mise en place du statut intermédiaire de matrone qui allie pratiques locales et éléments de la médecine occidentale dite moderne.

Nous avons opté, comme l'écrivent Guy Thullier et Jean Tulard, pour une approche « à méthode régressive ; l'historien remontant du présent au passé, l'expérience lui fournissant la grille d'interprétation » (1972, p. 131). Aussi notre démarche consiste-t-elle à examiner les ruptures causées par la pénétration de la médecine occidentale par le biais de la colonisation, de cerner cet impact sur les femmes dans le domaine de la maternité et les

répercussions sur la société gabonaise en pleine mutation. Cette étude d'une facette de l'action publique coloniale sous l'angle du genre au Gabon implique que nous nous intéressons, en amont, à la politique sanitaire coloniale de façon générale, en montrant en quoi elle consistait et quels étaient spécifiquement la place et le rôle de la femme. Cela induit, en aval, que nous analysions les moyens mis en place par la métropole française afin de mener à bien cette politique, et enfin le rôle joué par les matrones et les sages-femmes dans l'occidentalisation de la santé au Gabon.

1. La politique sanitaire coloniale

L'Afrique ayant été mise à contribution pendant la Première Guerre mondiale, les autorités coloniales décidèrent de faire davantage pour les colonies d'Afrique noire surtout en matière de santé. Plus que jamais, l'Empire était au centre. Ceci étant, la métropole bien que déstabilisée, devait revoir sa politique sanitaire au sein de ses colonies d'Afrique noire. Dans cette optique, la politique sanitaire, telle qu'elle est définie par les différents gouvernements répond à un double objectif : préserver et soigner. En éliminant les maladies sociales comme la syphilis et la blennorragie cause de la mortalité infantile et maternelle. Pour atteindre cet objectif, il fallait élaborer une politique sanitaire de protection de la mère et de l'enfant et former un personnel qualifié.

1.1. Le développement et la préservation de la race : un impératif pour le colonisateur

Les textes qui ont réglementé les problèmes sanitaires ont été, d'une façon générale, communs à toute l'AEF. Il n'est sans doute pas exagéré de parler de l'inexistence quasi totale, avant la Première Guerre Mondiale d'une assistance médicale appropriée de la part de la métropole. En effet, pendant une très longue période, des médecins ont adopté des attitudes contrastant parfois avec leur « philosophie bienfaitrice ». Ils se sont désintéressés de l'acte social, sanitaire, principalement, au point de privilégier les

soins à donner aux Européens d'abord et aux Noirs ensuite. Tous les médecins, note René Trautmann, cité par Armande Longo (2007, p. 122),

[...] sont dans les villes qui, à part quelques centres mixtes, contiennent relativement peu de Noirs. Les médecins de brousse résident au chef-lieu d'un cercle. Théoriquement, ils se déplacent très peu et quand ils se décident, c'est dans le but unique de secourir un Européen, fonctionnaire ou commerçant gravement malade ou un agent administratif.

Au lendemain de la Première Guerre Mondiale, l'intérêt sanitaire pour l'AEF se traduit par le thème de la « régénération » donc il fallait protéger la mère et l'enfant. Au début du siècle, les deux fédérations (AOF et AEF) totalisaient près de 15 millions d'habitants. Après la guerre, cette population était évaluée à la baisse, compte tenu des épidémies et des crises qui décimaient ses rangs, pour une bonne part provoquées par la colonisation et les ponctions de guerre. L'expression « Il faut faire du Noir » attribuée à Albert Sarraut (1923, p.94) traduisait les préoccupations natalistes et démographiques de l'époque. Au lendemain de la Première Guerre Mondiale, les dirigeants français étaient plus que jamais convaincus du bien-fondé de la maxime de Jean Bodin (1576) : « Il n'est de richesse que d'hommes ». C'est ainsi à partir des années 1920 que, poussée par sa volonté d'assimilation et voulant rendre ses colonies semblables à son univers, la France décida de lancer en Afrique un vaste programme sanitaire consistant « à faire du Noir en quantité et en qualité » (A. Sarraut, 1923, p. 94). Il y avait certainement une différence de traitement entre les Européens et les indigènes, mais cette politique s'inscrit dans le même mouvement d'ensemble, dans la même quête de régénération. C'est ainsi que l'œuvre pastorienne, après avoir occupé le devant de la scène en métropole, se lança en Afrique noire dans une lutte sans merci contre les maladies endémo-épidémiques et sociales, principales causes de la mortalité infantile et du frein à la natalité. Au niveau des discours, l'accroissement démographique et le maintien de la race noire en bonne santé sont inséparables et font

désormais partie de la fonction médicale. Le premier objectif répond parfaitement à la question de la main-d'œuvre qui est l'une des conditions de la mise en valeur de l'AEF. Tous les régimes se rejoignent dans la politique sanitaire coloniale. Cette politique n'est pas faite dans un but exclusivement humanitaire, car l'abondance de l'emploi du mot, «Mission civilisatrice», pourrait donner envie de considérer l'action sanitaire en Afrique comme une cause «Humanitaire». Alors que la politique de santé n'était pas un sacrifice consenti par la métropole, mais il était prévu que l'investissement ne se ferait pas à fonds perdus et qu'il serait un jour rentable. Le chemin du progrès de l'AEF passait par la constitution d'un peuple sain et vigoureux. Cette politique avait donc un but parfaitement utilitaire, tel que la création de la main d'œuvre.

Depuis les années 1930, on parle de «faire du Noir en quantité et qualité»; expression à la mode qui est l'une des données essentielles de la politique sanitaire coloniale de la France. Tout au long de la période, les programmes sanitaires allaient donc être pensés dans l'optique d'une protection d'un potentiel humain utile et en particulier d'une main-d'œuvre participant à l'effort colonial. «L'humain doit primer toute autre considération» ne cesse de proclamer Marius Moutet à la séance la séance du 10 juin 1937 de la commission des colonies de la Chambre des députés (cité par J. Marseille, 1984, p. 323). Pour tous les régimes, la politique sanitaire dans les colonies fait désormais l'objet des soins attentifs qui, au-delà de l'humanitaire répond d'abord à une nécessité économique. La santé se met au service de l'économie. La France Libre reprend : «La première tâche, la plus urgente, consiste donc à développer et améliorer la race» (cité par F. Danvers, 2012, p. 758). Jusqu'à la fin des années 1930, aucune documentation de base indispensable à une conduite rationnelle de la bonne marche de l'œuvre sanitaire n'avait été entreprise sérieusement en AEF et plus particulièrement au Gabon. Avec la conférence de Brazzaville, on entre dans une phase de planification et de médecine préventive. Cette phase se démarque

de la précédente par un réel intérêt pour la fédération de l'AEF, grâce à la création d'un organisme pour combattre les principaux facteurs de la mortalité : le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) qui va s'attaquer aux causes du mal va toucher une grande partie d'individus. Cette création est un des aboutissements de la réorganisation des services de santé en AEF. Elle suppose une collaboration étroite entre la médecine de masse et la médecine de soins, des finances conséquentes. Ce programme sera accompli grâce au Fonds d'Investissement pour le Développement Economique et Social (FIDES) des territoires d'outre-mer qui inclut un volet Protection Maternelle et Infantile.

1.2. La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La conquête coloniale achevée, l'AEF avait besoin d'hommes pour sa « mise en valeur » du territoire¹. Mais, rapidement, les colonisateurs furent confrontés à un dilemme : la mise en valeur nécessitait le travail d'un grand nombre de personnes, bien valides. Or, selon les rapports de l'époque², même s'il était difficile d'en donner les chiffres exacts, la mortalité générale semblait élevée. Il revenait donc à l'administration coloniale de revoir certaines orientations de sa politique afin de soulager les populations qui étaient les victimes des grands fléaux (endémies et épidémies), des maladies sociales dues au contact avec de nouvelles cultures, le travail forcé et le portage, les effets des deux guerres mondiales, etc. Aussi, la France devait-elle organiser une partie de sa politique sociale dans les services de soins et d'éducation sanitaire afin d'accroître la population, du moins sa main-d'œuvre. Il s'agissait pour elle d'intensifier la médecine de masse et d'y inclure les femmes³. La nécessité de conserver et d'améliorer les conditions de vie des autochtones était telle

1. Construction d'infrastructures, des routes, mise en exploitation totale de la colonie.

2. CAOM, carton 5D20, Rapports divers 1920-1958, particulièrement le rapport du médecin colonel G. Saleun sur « les services de santé publique en AEF-Orientation nouvelle-lutte contre les maladies endémo-épidémiques ».

3. Facteur important selon le colonisateur pour l'assimilation de la médecine occidentale par les autochtones.

que l'administration coloniale mettait tout en œuvre pour lutter contre tout ce qui était la cause de la dénatalité, de la mortalité maternelle et infantile.

Les mères et les enfants étaient les plus touchés par l'exploitation coloniale. La France prit conscience que si elle ne les protégeait pas, la démographie ne se relèverait pas. Par conséquent, les autorités coloniales prirent un certain nombre de mesures. En 1923, Albert Sarraut écrit; qu'il faut «préserver les populations (...) et leur assurer la santé, l'hygiène, les forces de vies», car toute l'œuvre de la colonisation, toute la question de la «main-d'œuvre» : est la clé de voûte de l'édifice économique qu'il faut bâtir» (1923, p. 94). Dans la foulée, il rappelle qu'en AOF et en AEF la mortalité et la mortalité infantile emportent plus de 80 % des enfants. C'est une situation intolérable à laquelle il fallait mettre un terme. Pour lui :

L'assistance médicale a pour rôle de combattre cette mortalité infantile en diffusant les connaissances élémentaires indispensables touchant les conditions de l'accouchement et les soins à donner aux nouveau-nés.

Dès lors et tout au long de la période coloniale, aucun discours ne se prononça, aucun rapport ne se rédigea plus sans que ne soit mentionnée la Protection Maternelle et Infantile. Tous les gouvernements de l'époque l'ont mis en exergue. Au-delà des préconisations discursives, les effets ne tardèrent pas à se manifester dans les colonies, notamment au Gabon.

Il convient de souligner que n'étant pas une colonie de peuplement, le Gabon fit surtout l'objet d'une politique économique destinée à rapporter d'immenses profits. Aussi n'était-il étonnant que dans la première phase de la colonisation, la France n'y engage pas d'énormes moyens dans les domaines d'abord considérés comme non rentables comme le sanitaire, le social, etc. Pourtant, le déficit démographique de l'AEF et plus particulièrement du Gabon, a été l'un des goulots d'étranglement pour sa mise en valeur et de son exploitation économique. Le bilan de 40 ans de colonisation révèle, en effet, que la région du Gabon était très sous-peuplée.

Le problème de la Protection Maternelle et Infantile restait donc l'un des plus difficiles et pressants de tous. L'administration mit donc l'accent sur le rôle prioritaire dévolu à la protection de la mère et de l'enfant en confiant à l'Assistance Médicale (AM) le soin de mettre en pratique cette priorité. L'activité de l'AM dans le secteur de la PMI se manifestera de diverses façons : consultations prénatales et post natales, vaccinations, conseils touchant à l'hygiène de la grossesse et de l'hygiène infantile et aussi pour les cas de maladies. Cette œuvre eut pour but d'atteindre la femme et à travers elle, la famille africaine. Celle-ci ne pouvait être complétée que si les directives données par les médecins et les sages-femmes dans les soins des enfants et de la femme enceinte étaient réellement suivies. Il faut donc, à cette fin, suivre les nourrissons et la femme enceinte dans la vie de tous les jours et là où l'enfant se développe et grandit, c'est-à-dire à domicile. Formellement, les débuts du service de la PMI correspondent aux premières initiatives de l'œuvre du Berceau gabonais à Libreville qui, d'après le docteur Beaudiment (1938, p. 189), avait dispensé 136 consultations pour enfants de 2 à 5 ans en 1936, pratiqué 72 accouchements à domicile et assuré la vaccination du Bacille de Calmette et Guérin (BCG) à tous les nourrissons inscrits. Les Missions protestantes du Gabon quant à elles, ont réalisé dans les dispensaires, 27 accouchements et 95 574 consultations tandis que l'hôpital privé du docteur Schweitzer comptait 7 accouchements de femmes européennes et 70 accouchements de femmes indigènes. La maternité fut l'organe essentiel de la lutte contre la mortinatalité⁴ et la mortalité infantile. Ce n'est qu'en 1936, par arrêté du 15 juin que le service de l'œuvre de protection de l'enfance et de la maternité se créa en AEF. Là aussi, cette œuvre ne pouvait s'accomplir sans prendre en charge la mère parce que le problème de l'évolution sociale au Gabon était essentiellement maternel, et que la croissance de l'homme était toujours en relation avec les conditions de la femme ; ce qui impliquait la formation d'un personnel bien spécifique.

4. Ici, la mortinatalité regroupe les « interruptions de grossesse » et la mortinatalité proprement dite.

1.3. Le processus de formation des matrones

Les premières matrones à être formées sur le tas étaient chargées d'assister le médecin ou la sage-femme dans les dispensaires et les maternités. Le principal critère de sélection de ces matrones se basait sur l'obéissance aux ordres du supérieur hiérarchique. Mais, l'hôpital voulait recruter un personnel plus compétent, apte à recevoir une instruction beaucoup plus technique. Aussi s'adressa-t-on spécifiquement aux femmes, car,

d'une manière générale, la valeur technique des infirmières est très moyenne, très nettement inférieure à celles de leurs camarades du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) d'AOF, longuement formées à l'école de Bobo Dioulasso munie de tous les moyens désirables⁵.

Aussi, le service médical souhaitait-il s'entourer d'auxiliaires, féminines de préférence, de telle sorte qu'elles surent seconder l'action thérapeutique du médecin. C'est alors que l'administration mit en place la formation sur le tas. Elle consistait à initier les matrones à un apprentissage pratique des techniques précises et à une vulgarisation des notions sommaires. Il s'agissait d'une formation individuelle au cas par cas. C'est seulement avec l'ouverture du Centre de Formation d'Elèves Infirmiers et de Spécialisation d'Infirmiers (CFEISI) que naquit une nouvelle génération de personnel qualifié. On peut affirmer que même si ces premiers cours n'avaient pas pu résoudre totalement le problème du personnel, il ressort qu'ils avaient permis aux premières impétrantes de bénéficier d'un nouveau statut.

La formation scolarisée des auxiliaires de santé dans les écoles de médecines se faisait à l'école de Dakar et à l'école d'Ayos au Cameroun. L'école de Dakar était destinée à former les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes auxiliaires pour les besoins de l'AMI (A. Ayéni, 2007, p.117). Elle fut créée le 1^{er} novembre

5. Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (IMTSSA). Le pharo. Carton 16. Gabon. Rapport santé publique. Rapport d'activité du SGHMP de l'AEF pendant l'année 1954 par le médecin-général Cheveneau, Directeur général de la santé publique en AEF.

1918. La formule de l'école avait été modifiée par le décret du 11 août 1944 et l'arrêté du 14 août 1944 qui avaient créé et organisé l'École Africaine de Médecine et Pharmacie (EAMP)⁶. Elle formait dorénavant, les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes africaines, les infirmières visiteuses pour les besoins de l'Assistance Médicale Africaine (AMA) devant servir en AOF, en AEF, etc. À vocation fédérale, l'école recevait des élèves originaires des deux fédérations. Les candidats, après des études primaires supérieures, suivaient à l'école William Ponty de Dakar ou à l'école Édouard Renard de Brazzaville, deux années d'études générales et une année de formation préparatoire médicale. Les écolières sages-femmes étaient admises après concours sur la matière du cours moyen de l'enseignement primaire. Leur scolarité durait 3 ans également. À la sortie de l'école, elles recevaient le diplôme de fin d'études. Les premières Gabonaises formées à cette école étaient Marguerite Issembet et Azizet Fall-N'Diaye, dans les années 1940⁷. Pour évoluer en grade, les médecins, pharmaciens et sages-femmes devaient suivre des stages de réimprégnation de 3 mois chacun, à l'issue desquels ils subissaient un examen.

Par le décret du 6 avril 1950, un Institut de Hautes Études avait été créé à Dakar au sein duquel on trouvait une École Préparatoire de Médecine et de Pharmacie. Cette école, rattachée aux facultés de médecine de Paris et de Bordeaux, donnait aux jeunes gens d'Afrique la possibilité de commencer les études de médecine et de pharmacie telles que celles enseignées dans les grandes métropoles coloniales et d'accéder plus tard au diplôme d'État français qui ne s'obtenait qu'en France. C'était en 1956 que les premières bourses étaient octroyées aux fonctionnaires (A. Ayéni, 2007, p. 117). Mais le Gabon, à l'instar des autres territoires de l'AEF, n'avait pu commencer à bénéficier des bourses que plus tard dans les années 1960. Le couronnement de

6. Archives de la Direction de la Santé Publique (1930/1973), 1H87. 1 : personnel matrones accoucheuses, 1944-1960.

7. D'après les informations recueillies auprès de Mme Fall N'Diaye, Libreville le 17 avril 2008 par Linda Trésor Bounganga pour son rapport de licence d'histoire, sur *le travail de la sage-femme coloniale en AEF de 1938 à 1955*, rapport de licence, Libreville, Université Omar Bongo, p.30.

la formation du personnel a été incontestablement l'organisation, en 1958, d'un Centre de Formation des Infirmières et des Sages-femmes de Libreville. C'était le début officiel d'un enseignement médical, structuré et répondant aux normes des autres écoles de formations. La réorganisation du service de santé avait permis de rompre avec la formation sur le tas. Jusqu'en 1958, en effet, le Gabon ne disposait d'aucune institution ou établissement de formation des personnels de santé. Les sages-femmes gabonaises provenaient de Dakar et étaient très minoritaires. D'après Azizet Fall N'Diaye et Issembe Marguerite, citées par Linda Trésor Bounganga (2008, p.30) quatre Gabonaises seulement vont suivre la formation à Dakar. Il s'agit de Mmes Saillant, Augier, Oliveira, Délicat et Azizet Fall N'Diaye. La mise en place d'une école de formation des personnels de santé sur place devenait donc urgente sinon indispensable. C'est ainsi que le Centre de Formation et de Spécialisation du ministère de la Santé fut créé en 1958, et avait reçu ses 49 premiers élèves dès octobre⁸. Le recrutement se faisait sur concours au niveau du certificat d'études primaires et élémentaires et les études duraient 18 mois. Le centre se trouvait au sein même de l'hôpital Kong de Libreville⁹. Au fur à mesure que l'organisation de la médecine moderne s'établissait, l'autorité coloniale rejetait les pratiques locales. Mais la nécessité de revoir la situation démographique en augmentant la natalité et en baissant la mortalité, le manque de personnel, étaient tels que l'administration française devait changer son regard vis-à-vis du personnel de la médecine traditionnelle. Quel était alors le sort réservé aux accoucheuses traditionnelles dans cette nouvelle médecine? Quelles méthodes utilisaient les autorités coloniales pour réintégrer ces dernières? Quelle furent leur place et leur rôle dans cette politique sanitaire?

8. Situation économique, sociale et financière de la République 1966.

9. Cet établissement changea ensuite d'appellation. Après l'indépendance, il devint l'Hôpital Général de Libreville (HGL) avant sa mutation à la fin des années 2000 en Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL).

2. Les femmes entre pratiques locales et occidentalisation

Pendant la période précoloniale, c'était surtout les femmes en tant que mères, grand-mères et épouses qui dispensaient les soins dans la famille voir dans la communauté (L.T. Bounganga, 2008, p. 88). Mais plusieurs mobiles avaient poussé l'autorité coloniale à rejeter le personnel de la médecine traditionnelle et spécifiquement à refuser l'implication de l'accoucheuse traditionnelle dans le suivi de la parturiente. D'abord, dans la pratique, pour les médecins coloniaux, elles étaient responsables du fort taux de mortalité maternelle et infantile par leur méconnaissance des règles simples d'hygiène, des effets de leurs mixtures à base de plantes et le manque de dosage exact. L'utilisation du matériel non stérilisé et non adapté pendant leurs interventions était également la cause de nombreux décès de mères ou d'enfants très sensibles au tétanos à ces moments. La pénurie du personnel fut dans ces conditions un obstacle à la mise en valeur de la nouvelle politique sanitaire. L'histoire des matrones et des sages-femmes au Gabon est dominée par celle de la colonisation, plus particulièrement par les préoccupations de l'administration coloniale. En effet l'idée selon laquelle il fallait «Sauvegarder la race indigène» en luttant contre les maladies sociales responsables de la mortalité infantile a été l'origine de l'introduction des accoucheuses traditionnelles par les autorités coloniales avant la formation d'un personnel en vue d'intervenir auprès des populations indigènes.

2. 1. Les matrones

Les mobiles qui avaient poussé l'autorité coloniale à rejeter le personnel de la médecine traditionnelle et spécifiquement à refuser l'implication de l'accoucheuse traditionnelle lors du suivi de la parturiente étaient de plusieurs ordres. D'abord, dans la pratique, pour les médecins coloniaux, les accoucheuses traditionnelles étaient responsables du fort taux de mortalité maternelle et infantile à cause de leur méconnaissance des règles simples d'hygiène, des effets de leurs mixtures à base de plantes et le manque de dosage exact. L'utilisation du matériel non

stérilisé et non adapté pendant leur intervention était également la cause de nombreux décès de mères ou d'enfants très sensibles au tétanos. C'est ce qu'exprime Yvonne Knibiehler quand elle écrit :

Les médecins coloniaux les voient dépourvues de toute notion d'hygiène : leurs rapports décrivent avec commisération les pratiques des accoucheuses traditionnelles (qui coupent le cordon ombilical avec les tessons de bouteilles...), l'aberration d'un sevrage tardif et brutal (1995, p. 191).

Entre autres raisons, il y avait le refus de collaborer entre les deux cultures et de ce fait entre les deux médecines. En effet, pour le colonisateur il fallait imposer sa civilisation aux colonies. Mais, les autorités coloniales pouvaient-elles atteindre leur objectif sans l'aide des femmes en particulier dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant ?

La nécessité de conserver et d'améliorer les conditions de vie des autochtones était telle que l'administration coloniale mettait tout en œuvre pour protéger la mère et l'enfant. Mais les autorités coloniales se rendaient compte que le nombre de médecins coloniaux n'était pas suffisant. Elles décidèrent alors de former le personnel auxiliaire africain dans le but de pallier ce déficit, mais aussi de mettre en confiance les femmes autochtones. Les matrones sont des accoucheuses traditionnelles qui, en plus de leur connaissance empirique, reçoivent l'influence de la médicalisation. C'est dès les années 1930 que l'administration fait introduire les matrones gabonaises au service de l'administration coloniale. Leur importance doit se comprendre dans la perspective d'un transfert progressif du travail effectué par les sages-femmes. Ainsi,

l'éducation des matrones ou accoucheuses rurales donne des résultats variables, mais en les remplaçant progressivement par des femmes plus jeunes, il est permis d'espérer un rendement plus appréciable. L'essentiel n'est pas d'en faire des sages-femmes, mais de leur apprendre à pratiquer correctement et proprement les dif-

férents actes d'accouchement, à ne pas faire des gestes inutiles et même nuisibles, et surtout à ne pas laisser mourir une femme présentant une dystocie¹⁰.

De ce fait, les matrones recevaient leur formation dans les maternités et dispensaires par les médecins ou les sages-femmes, car le plus souvent elles ne savaient ni lire ni écrire. Cette formation devait leur permettre d'acquérir les principales règles de prophylaxie, les techniques de la médecine occidentale, les soins infirmiers ou puériculture. Toutefois, cette formation qui pouvait durer de 6 mois à un an ne se faisait pas sans difficulté. De plus, dans la plupart des cas, c'était des femmes ménopausées, donc âgées et pas forcément prêtes à modifier leurs méthodes. Mais aucune obligation n'était faite à ces femmes de suivre les stages, car elles n'étaient pas rémunérées. La réussite aux stages dépendait de leur bonne volonté. Le souci de formation qui était essentiellement pratique se déroulait sous la surveillance d'une sage-femme et d'un médecin qualifiés. La matrone devait suivre la sage-femme dans tous ses déplacements et observer son savoir-faire. À la fin du stage, les matrones recevaient un certificat d'aptitude et une petite trousse contenant le matériel nécessaire à la pratique d'un accouchement. Elles représentaient les éléments d'exécution essentiels dont l'action auprès des populations fut incessante pour guérir les malades, pour appliquer les méthodes de prophylaxie, inculquer les pratiques d'hygiène et faire pénétrer les notions de puériculture. Ayant des affinités de langue ou parlant le même dialecte, connaissant la mentalité des indigènes, les préjugés et les traditions, elles représentaient le meilleur moyen de pénétration et de persuasion. Elles servaient donc de relais à l'administration coloniale, car elles pouvaient donner des notions d'hygiène et de prophylaxie qui apparaissaient comme les «nœuds gordiens» de toute l'action sanitaire. Les autorités coloniales divisèrent les matrones en deux groupes : les matrones officielles attachées aux formations sanitaires, à

10. IMTSSA. Le pharo. Carton 160. AEF, *op.cit*, Carton 60. Partie administrative.

solde mensuelle, d'une part, et les matrones accoucheuses du village, éduquées et surveillées par les premières, d'autre part. Elles percevaient des primes suivant le nombre d'accouchements effectués et de nouveau-nés présentés sous le contrôle du médecin ou de la matrone officielle. Elles jouèrent un rôle d'information et de «rabatteuses» auprès des femmes gabonaises pour les inciter à accoucher auprès de la sage-femme plutôt que de l'accoucheuse traditionnelle et elles participèrent à la réduction du fort taux de mortalité maternelle et infantile causé partiellement par les conditions d'hygiène déplorable dans lesquelles travaillent leurs consœurs dans les zones rurales. Les matrones sont la transition, pour le Gabon, entre les accoucheuses traditionnelles et les sages-femmes. Dans les zones où le dispensaire était éloigné, le suivi prénatal des femmes enceintes était fait par la matrone. Le tableau 1 ci-dessous montre l'évolution des matrones de 1946 à 1954 en AEF.

Années	Moyen-Congo	Gabon	Oubangui-Chari	Tchad	Totaux
1946	55	36	56	23	162
1947	53	33	56	25	167
1948	53	33	52	27	165
1949	51	35	52	28	168
1950	58	39	54	22	173
1951	53	33	60	25	171
1952	67	49	60	23	189
1953	88	34	53	22	197
1954	88	32	54	24	198

(Source : AEF : Rapport sur l'exécution du PPQ PM-28).

Tabl. 1. Evolution des matrones africaines en AEF, 1946-1954

Le tableau ci-dessus indique l'évolution des matrones accoucheuses en AEF de 1946 à 1954. L'absence des données chiffrées continues des années antérieures à 1946 nous empêche d'avoir une évolution linéaire. Nous remarquons que le territoire du Gabon et celui du Tchad malgré la politique nataliste, et

surtout l'intérêt porté à la mère et à l'enfance africaines prôné par l'administration coloniale le nombre des matrones, censé favoriser cette politique et cet intérêt, resta relativement insuffisant au regard des besoins de la population. Pour le cas du Gabon, nous constatons plusieurs cycles de croissance et de décroissance alors que pour le Moyen-Congo, la croissance est soutenue. Les causes de cette insuffisance comparativement au Moyen-Congo et à l'Oubangui-Chari pourraient s'expliquer par le problème de son sous-peuplement. En dépit de cette insuffisance numérique, ce corps servit de liaison entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale, du fait notamment de leur complémentarité avec les sages-femmes.

2. 2. La sage-femme

La sage-femme est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant :

une personne qui a suivi un programme de formation reconnue dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme¹¹.

Pendant la période coloniale, les sages-femmes représentaient les éléments d'exécution et les responsabilités assignées à ces dernières étaient nombreuses. Elles jouèrent un rôle important avant, pendant et après l'accouchement. Les sages-femmes s'occupaient du suivi prénatal de la femme enceinte.

Les consultations prénatales permettent de suivre une grossesse dans le double but d'informer et de conseiller la femme enceinte, mais aussi de déceler suffisamment tôt les problèmes médicaux et aussi obstétricaux pour les traiter et prévenir les complications¹².

11. <http://www.sage-femme.be/wp.content/uploads/2010/08/définition-international-de-la-sage-femme.pdf>. Consulté le 5 mars 2016.

12. *Guide des métiers de la santé, la sage-femme*, Nathan, Paris, 2001, p.13.

En effet, les sages-femmes coloniales jouaient un rôle important pendant les consultations prénatales. Elles enseignaient aux femmes enceintes à prendre soin de leur santé, les conseillaient d'éviter des travaux pénibles aux champs, de faire des voyages trop longs et de supporter des charges trop lourdes, car il y'avait probablement un lien entre la pénibilité du travail chez la femme gabonaise et la faible fécondité observée dans ce territoire. Elles s'adonnaient également au dépistage des maladies sociales (la tuberculose et surtout la syphilis), maladies qui constituaient une pauci-natalité dans le milieu gabonais. Certaines considérations ou représentations sociales, voire traditionnelles, liées au traitement des femmes enceinte justifiaient grandement l'utilité de la sage-femme.

Le personnel médical masculin était rejeté par les femmes. En effet, l'accouchement dans la tradition gabonaise était strictement réservé aux femmes. Il n'était donc pas possible aux médecins de sexe masculin et surtout aux étrangers de s'approcher des femmes indigènes et encore moins de les toucher ni de les palper. C'est ce qu'affirme le médecin-général Blanchard, lorsqu'il écrit :

La femme indigène vient volontiers voir le médecin lorsqu'elle est enceinte. Elle accepte très bien son examen et ses soins, et se soumet très volontiers à un traitement spécifique prénatal même prolongé. Elle amène par la suite son enfant aux visites de puériculture, mais elle se refuse absolument à être en contact avec des infirmiers indigènes pour tout ce qui a rapport à l'obstétrique et à la gynécologie¹³.

Il fallait aussi prendre en compte la jalousie des maris. C'étaient eux qui venaient prendre les remèdes ou recevoir les conseils pour les expliquer à leurs femmes. Yvonne Knibiehler et Régine Goutalier (1985, p.191) le confirment :

13. IMTSSA. Le Pharo. Carton 160. AEF. Rapports annuels, 1939-1944 par le médecin-général inspecteur Blanchard, Directeur du service de santé des colonies, sur le projet de réorganisation du service de l'A.M.I.

La grossesse, l'accouchement, l'allaitement, les maladies génitales ne relevaient en aucun cas du savoir masculin, et surtout étranger. L'extrême pudeur des femmes pesait autant que la jalousie des maris.

Pour sauvegarder la race indigène dans le territoire du Gabon, il importait d'atteindre à la fois la femme et l'enfant. Les autorités coloniales devaient donc faire intervenir les Africains plus particulièrement les femmes pour soigner les femmes. Mais le personnel féminin était en sous-effectif. Les sages-femmes coloniales étaient en nombre très insuffisant et n'exerçaient que dans les grandes villes. En effet, il n'y avait qu'une sage-femme coloniale au Gabon en 1933 (L.T. Bounganga, 2008, p.29). Les auxiliaires qui revenaient des autres colonies ne pouvaient couvrir tout le territoire. En plus, le manque de communication entre ce personnel et les femmes gabonaises ralentissait énormément leur intervention, sans compter que le même personnel refusait de partir dans les villages. En dépit de cela, les sages-femmes apportèrent indéniablement une plus-value à l'action sanitaire coloniale. Par exemple, dans le département de l'Estuaire en 1945, sur les 750 consultations prénatales, 85 cas de syphilis et 30 cas de blennorragie avaient été dépistés¹⁴.

Consultations prénatales	1939	1941	1943	1945	1947	1948	1951	1956
Consultantes	1.327	2.184	2.508	2.703	2.747	2.848	3.142	6.696
Consultations	6.808	7.248	10.607	7.524	7.039	7.459	6.920	39.424

(Sources : - 4(1) D55 Archives d'Aix-en-Provence ; Durand-Réville (Luc-Maurice), 1958, « les problèmes sanitaires et l'action du service de santé au Gabon », Académie des Sciences d'Outre-Mer, février 1958, p.54).

Tabl. 2 : Evolution des consultations prénatales 1939-1956

14. IMTSSA. Le pharo. Carton 128. Rapport médical du territoire du Gabon, année 1945 par le médecin lieutenant-colonel Cabiran, chef de la santé publique au Gabon.

Il ressort du tableau numéro 2 que le nombre des consultantes a suivi une évolution vertigineuse. Ce nombre passa de 1.327 en 1939 à 6 696 en 1956 soit une augmentation de 5 369 où 80 % de consultantes et le nombre des consultations de 6 808 à 39 424 soit une augmentation de 32. 616 où 82 % de consultations. Mais encore, les femmes étaient de plus en plus nombreuses à accoucher dans les maternités. En 1947, il eut dans les maternités 25 accouchements pour les femmes européennes et 708 pour les femmes indigènes, et dans les milieux ruraux, 5 européennes et 467 indigènes. On dénombra 2 186 consultantes post natales et 5 913 consultations post natales. De plus, 22 038 enfants ont de 0 à 5 ans furent examinés. En 1948, 745 femmes avaient accouché dans les maternités contre 344 en milieu rural. On compta 3 692 consultantes post natales et 7 664 consultations post natales. En plus, il eut 13 348 enfants consultants de 0 à 2 ans et 64 862 consultations. Pour ce qui était des enfants de 2 à 5 ans, on recensa 19 492 consultants et 43 083 consultations et 89 953 élèves furent examinés. En 1956, 2 390 femmes accouchèrent dans les maternités et 26 005 consultations post natales furent effectuées. Nous constatons tout de même que malgré un grand nombre de femmes visitées et le rôle important joué par les sages-femmes dans la médicalisation du Gabon, les accouchements à l'hôpital se heurtèrent encore à la mentalité voulant qu'on restât attaché à l'accouchement traditionnel.

Pour éviter un accouchement prématuré, les sages-femmes jouèrent un rôle important de prévention. Elles recommandaient aux femmes enceintes des consultations prénatales fréquentes et régulières, orientaient vers un centre hospitalier toute femme présentant un haut risque d'accouchement prématuré. Les sages-femmes étaient également les dispensatrices de la propagande hygiénique qui devait propager la bonne santé, car elle était l'une des plus efficaces des méthodes prévention. La véritable mission des sages-femmes était surtout d'assurer un service mobile afin de se mettre en contact direct avec les populations. Elles devaient au cours de leurs tournées dans les villages voir les malades,

examiner les femmes enceintes, contrôler les enfants, dépister les maladies sociales et appliquer les mesures urgentes de lutte contre la propagation de ces affections et c'est surtout par elles que les femmes gabonaises devaient apprendre à lutter contre les endémies et les maladies sociales.

Les sages-femmes ont œuvré pour la bonne marche de la santé dans l'Assistance Médicale Africaine pendant la période coloniale. En dépit de la hiérarchisation des tâches au niveau de la PMI, un constat se dégageait : «Le degré de polyvalence est étroitement lié à l'organisation sanitaire, celle-ci étant elle-même liée aux ressources en personnel» (E. Aujaleu, 1973, p. 71). Ainsi, à l'époque coloniale, les sages-femmes assuraient à la fois la maternité, la PMI et la pédiatrie. Ce n'est que beaucoup plus tard que certaines pratiques comme la pédiatrie, voire la gynécologie, leur ont été retirées souvent au profit des praticiens hommes qui se sont progressivement imposés dans ces activités.

Conclusion

Faisant face à la nécessité de réformer de sa politique sanitaire en Afrique en général et au Gabon en particulier en accentuant la protection de la mère et de l'enfant, la France a orienté sa politique vers la formation d'un personnel féminin, vu que le personnel masculin avait échoué dans cette tâche à cause du milieu autochtone féminin qui était très fermé. De plus, le personnel féminin européen et africain, peu nombreux a eu des difficultés d'intégration et de collaboration avec ce milieu. Le retard accumulé par les femmes gabonaises au niveau scolaire, a fait en sorte que le service médical se contente de former des accoucheuses traditionnelles appelées par la suite matrones qui ont servi de transition entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale. Elles ont joué un rôle important dans la politique sanitaire coloniale, car elles étaient des éléments d'exécution essentiels dans l'application des méthodes de prophylaxie et dans l'introduction des notions de puériculture. Leur place était auprès des sages-femmes et dans le milieu

rural. La sage-femme quant à elle, a joué un grand rôle dans la protection maternelle et infantile et a pris en main le suivi de la femme, avant, pendant et après l'accouchement. De nouvelles techniques apportées par la médecine occidentale ont permis une amélioration des conditions de vie de la femme gabonaise, du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des soins de l'enfant.

Références indicatives

Sources d'archives

Archives de la Direction de la Santé Publique du Gabon (1930/1973), 1H87.1 : personnel matrones accoucheuses, 1944-1960.

CAOM. Carton 5D20, Rapports divers 1920-1958.

IMTSSA. Le Pharo. Carton 16. Gabon rapport santé publique.

IMTSSA. Le Pharo. Carton 128. Rapport médical du territoire du Gabon, année 1945.

IMTSSA. Le Pharo. Carton 160 AEF. Rapports annuels 1939-1944.

Source imprimée

Guide des métiers de la santé, la sage-femme, Nathan, Paris, 2001.

Bibliographie

AUJALEU Eugène, 1973, «La formation des personnels de santé dans les pays du tiers-monde en Afrique», *Revue Tiers-monde* XIV numéro 53, janvier 1973, p. 67-78.

AYENI Aurélie, 2007, *Les femmes dans les services de santé du Gabon, des années 1950 aux années 1980. De leur formation à l'École de Santé de Libreville à leurs expériences professionnelles*, thèse de doctorat d'histoire, Aix-en-Provence, Université Aix-Marseille I.

BADO Paul, 1996, *Médecine coloniale et Grandes Endémies en Afrique*, Paris, Karthala.

BEAUDIMENT (Dr), 1938, «La protection de la maternité et de l'enfance dans les colonies françaises en 1936», *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, 36, p.148-240.

BODIN Jean, 1576, *Les six livres de la République, livre V*, chap II., Paris, Jacques du Puy.

BOUNGANGA Linda Trésor, 2006, *Le travail de la sage-femme coloniale en AEF de 1938 à 1955*, rapport de licence, Libreville, Université Omar Bongo.

DANVERS Francis, 2012, *S'orienter dans la vie : la sérendipité au travail?*, Dictionnaire de sciences humaines et sociales, tome 2, de la 501^e à la 600^e considération, Presses Universitaires du Septentrion.

DOUTSONA Judith, 2011, *Les femmes dans la fonction publique au Gabon ; études des trajectoires professionnelles des femmes fonctionnaires, 1930-1980*, thèse d'histoire de l'Afrique, Paris, Université Paris-7 Denis-Didérot.

DURAND-REVILLE Luc-Maurice, 1958, «les problèmes sanitaires et l'action du service de santé au Gabon», *Académie des Sciences d'Outre-Mer*, février 1958, p.52-63.

ESSENG ABA'A Gladys, 2010, *La loi au Gabon sous l'angle du genre au milieu du XIX^e siècle aux années 1990*, thèse de doctorat en histoire, Paris, Université Paris7-Denis Didérot.

KNIBIEHLER Yvonne et GOUTALIER Régine, 1985, *Les femmes aux temps des colonies*, Paris, Stock.

LONGO Armande, 2007, *La politique sanitaire de la France au Gabon 1925 à 1958*, thèse de doctorat d'histoire, Lille, Université de Lille III Charles de Gaulle.

MABIKA OGNANDZI Hinès André, 2008, *Médicalisation de l'Afrique Centrale. Le cas du Gabon, 1890-1970 : diagnostic, stratégies et résultat*, thèse de doctorat en histoire, Aix-en-Provence, Université Aix-Marseille I.

MARSEILLE Jacques, 1984, *Empire colonial français. Histoire d'un divorce*, Paris Albin Michel.

MOULEBA Emma Prudence, 2012, *L'enseignement secondaire au Gabon sous l'angle du genre (1947-1983)*, thèse de doctorat en histoire, Paris, Université Paris 7- Denis Diderot.

SARRAUT Albert, 1923, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot.

THULLIER Guy et TULARD Jean, 1972, «Les problèmes de l'histoire de l'administration», *Revue Internationale des Sciences Administratives*, vol XXXVII, numéro 2, p.125-140.

Webographie

<http://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2010/08/définition-international-de-la-sage-femme.pdf>. (Consulté le 5 mars 2016).