

DE LA MÉTHODE JAMOT À LA MÉDECINE DE RUE

Action mobile d'urgence et action sanitaire « de fond » au Cameroun

Nicolas Monteillet

Editions Karthala | « Politique africaine »

2006/3 N° 103 | pages 127 à 142

ISSN 0244-7827

ISBN 9782845868383

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-politique-africaine-2006-3-page-127.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Editions Karthala.

© Editions Karthala. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



NICOLAS MONTEILLET

DE LA MÉTHODE JAMOT À LA MÉDECINE DE RUE

**ACTION MOBILE D'URGENCE ET ACTION SANITAIRE « DE FOND » AU
CAMEROUN**

DANS LE SUD DU CAMEROUN, LES CONCEPTIONS DES SOINS HÉRITÉES DE LA MÉDECINE COLONIALE PERDURENT ENCORE AUJOURD'HUI. LES CAMPAGNES CONTRE LA MALADIE DU SOMMEIL, CRÉÉES EN RÉACTION À DES MENACES SUR L'INFLUENCE FRANÇAISE, ONT ÉTÉ LES PREMIERS CONTACTS DE LA POPULATION RURALE AVEC CETTE MÉDECINE « DE BROUSSE » ET LE SUCCÈS DE CES « MISSIONS » A PROFONDÉMENT AFFECTÉ LES SOCIÉTÉS AFRICAINES, QUI ONT ADHÉRÉ À LA MÉDECINE DU MÉDICAMENT, ALORS QU'UN VÉRITABLE TRAVAIL DE PRÉVENTION FAISAIT DÉFAUT. DES EFFETS PERVERS EN ONT RÉSULTÉ, DEVENUS DRAMATIQUES LORSQUE L'ÉTAT POSTCOLONIAL N'A PLUS RÉUSSI À MAINTENIR DES STRUCTURES DE SOINS DE PROXIMITÉ ; CECI A FAVORISÉ L'ÉMERGENCE D'UNE « MÉDECINE DE RUE ».

La Mission mobile dite de « prophylaxie », créée par le médecin Émile Jamot en 1925 pour dépister et traiter la maladie du sommeil parmi les populations à risque des zones rurales du Cameroun, a fortement contribué à implanter, parmi ses collaborateurs comme parmi les populations traitées, le respect de ce qui devait devenir les services de santé de l'État indépendant du Cameroun. Cet article vise à mettre en évidence l'ambivalence des attitudes engendrées dans le public par les pratiques mises en œuvre pour assurer la prise de contrôle par l'État colonial de la santé des populations rurales. Ces méthodes ont favorisé la formation d'un corps local d'auxiliaires de santé qui a maintenu, auprès des médecins expatriés puis

nationaux, ces notions cliniques et la conception militaire du rapport au malade favorisant, encore aujourd'hui, une absence de pédagogie et une distance qui expliquent certaines malversations¹. On ne contestera pas le principe de ces tournées au nom de leur méthode volontiers autoritaire ou des arrière-pensées productivistes de l'administration coloniale, pas plus qu'on n'entérinera le triomphalisme cocardier d'une littérature coloniale prompte à encenser la bravoure de ses héros. On verra ici que cet épisode de l'histoire sanitaire constitue l'un des moments décisifs de la construction d'un imaginaire populaire de la médecine privilégiant injections et comprimés. En lien avec les concepts pharmacologiques anciens, cet imaginaire explique la flambée



contemporaine des pratiques d'automédication tout comme la soumission aux dérives actuelles de la clinique².

Les services de « prophylaxie » de la maladie du sommeil, qui avaient pour mission de contrôler l'incidence de la maladie dans les zones rurales pourvoyeuses de main-d'œuvre, ont donné lieu à trois grands types d'écrits. D'abord, des travaux restitutifs se voulant rigoureux, recensant et reproduisant, sans toujours les discuter, des statistiques officielles à l'échelle nationale et débouchant sur un bilan comptable très enthousiaste³, jamais confronté aux estimations administratives parallèles des populations « cibles », c'est-à-dire privilégiant le point de vue objectiviste de l'institution sur celui du malade et les statistiques nationales sur les données locales plus explicites. Le second type d'écrits, pour ainsi dire hagiographiques, valorise la culture de l'« action » de l'administration coloniale, qui aurait aujourd'hui disparu ; ils vilipendent les adversaires de ces initiatives et célèbrent le courage et les vertus des médecins des troupes coloniales, sans voir que ce « volontarisme » privilégie une conception sommaire de la médecine de masse au détriment d'actions sanitaires de fond⁴. Plus récemment, des auteurs comme Labusquière, Dozon ou Ranger ont ouvert la voie à un réexamen plus circonspect des résultats⁵. L'analyse rétrospective critique des méthodes médicales coloniales est d'autant plus nécessaire que la recherche d'un équilibre entre les médecines hospitalière et mobile est à l'ordre du jour, en raison de l'échec relatif de la politique rurale de promotion des centres de santé primaires et de la faible couverture médicale assurée par le système hospitalier dans le contexte de la pandémie du sida.

Pour mieux comprendre à la fois le point de vue de l'institution et les effets de la perception populaire des soins, nous prendrons l'exemple des campagnes médicales menées au début du siècle dernier dans l'arrondissement de Nkoteng, au nord-est de Yaoundé, alors essentiellement peuplé par une population yezum, que les estimations fiscales évaluaient en 1933 à 7 501 habitants⁶. Les conditions dans lesquelles cette médecine prenait en charge les malades et les faiblesses comme les succès peuvent être commodément évalués en tenant compte des facteurs anciens comme des influences à long terme. En effet, les médecins de la Mission de prophylaxie utilisaient les traitements médicaux les plus avancés et mobilisaient une médecine d'urgence dont les effets positifs immédiats ont incité à négliger l'action sur le long terme qui manque tant aux systèmes de soins africains aujourd'hui. La popularité persistante de la pharmacie s'appuie sur le souvenir des guérisons éclair des campagnes de prophylaxie, rendues indispensables par le contexte sanitaire dramatique dans lequel la colonisation allemande puis française avait précipité la population de la région. Faute d'une couverture médicale de proximité assurant une fonction pédagogique à la hauteur des besoins sanitaires, les coups d'éclat médicaux de la colonisation auront, hélas, beaucoup fait pour le développement d'attitudes qui portent en germe les problèmes de la santé publique contemporaine : une « injectolâtrie » qui favorise les contaminations et justifie toutes les formes d'automédication par des produits injectables, ou, à l'opposé, une « injectophobie » et un refus des vaccinations générales, mais surtout un usage incontrôlé des médicaments qui a amélioré

la pharmaco-résistance des principales souches virales...

**DU SPECTRE ENDÉMIQUE AUX
« BIENFAITS » PARTAGÉS
DE LA COLONISATION**

Dans les premiers temps de la colonisation, les responsables médicaux coloniaux se préoccupent exclusivement de la santé des Européens, sous le poids des hécatombes provoquées par les maladies tropicales parmi la génération des pionniers de la conquête du sud du Cameroun. L'officier allemand Schimmelpfennig meurt ainsi d'une crise foudroyante de « malaria » quelques mois après avoir obtenu la reddition des chefs du pays yezum⁷. La disparition d'autres colons allemands illustres, comme Nachtigal, Tappenbeck et Dominik, et des pasteurs Good et Merrick, va entretenir cette réputation de l'Afrique comme tombeau de l'homme blanc, qui faisait dire au docteur Buchner, l'un des premiers gouverneurs allemands du Cameroun, lui-même médecin, que « ce serait un massacre d'envoyer des Européens dans un tel endroit⁸ ». Les premiers médecins européens auront donc pour objectif unique de maintenir la santé du personnel colonial et des troupes installées dans les stations « européennes »⁹. Un missionnaire médecin anglais – installé à Douala en 1896 –, qui souhaitait se consacrer uniquement aux autochtones, sera même expulsé parce qu'il refusait de soigner des Européens¹⁰. Cette insécurité sanitaire amène d'ailleurs l'administration à envisager un apartheid hygiénique, c'est-à-dire à déplacer les quartiers « indigènes » pour éloigner les moustiques vecteurs du paludisme¹¹. Vivant constamment avec la peur de la maladie, les explorateurs ne peuvent

affronter la brousse sans emporter des sels de quinine à côté de leurs porte-bonheur¹².

On ignore alors que c'est la conquête plus que l'inhospitalité naturelle du continent qui provoque une hécatombe dans la population locale, d'une gravité tout à fait comparable à celle qui frappe les Européens, en favorisant la diffusion de pathologies nouvelles, comme les maladies vénériennes et la grippe espagnole, ou anciennes, comme la trypanosomiase. Les seuls postes allemands dotés de médecins sont les comptoirs côtiers, les plantations et des centres administratifs européens. Les structures les plus proches de la région étudiée sont Doumé et Ayos, à plus de 100 km. Sans parler des dégâts sanitaires résultant de l'incurie administrative¹³, les migrations incessantes de porteurs entre l'intérieur et les comptoirs côtiers¹⁴, favorisées par l'essor du commerce de traite ont entraîné un développement dramatique de ces maladies. Dans cette région où, en 1904, le capitaine allemand Thierry signale l'absence de gloses (les mouches tsé-tsé qui propagent, par leur piqûre, la maladie du sommeil), les taux de contamination élevés révélés par les enquêtes ultérieures indiquent bien les effets de la mobilité des porteurs sur la progression des endémies¹⁵. Face à la surmortalité des travailleurs dans les plantations côtières, la tutelle allemande, en 1905, oblige les gros commerçants à y installer des postes médicaux¹⁶. Il est clair que le « développement » économique (mobilité commerciale, recrutement pour les chantiers routiers et ferroviaires et développement de la riziculture...) qui a succédé aux campagnes militaires du capitaine Dominik en pays yezum et maka, puis les déplacements de troupes générés par la Première Guerre mondiale sont responsables



du dramatique tribut payé à la grippe espagnole et surtout à la trypanosomiase.

L'administration française, qui s'est permise de critiquer l'imprévoyance allemande, fait accompagner d'un simple infirmier le premier administrateur qui vient en poste dans la région, à Nanga-Eboko, en 1922¹⁷. Elle contraint les paysans à cultiver le riz, culture qui détermine une flambée de trypanosomiase : les zones inondées où sont menées ces cultures sont en effet particulièrement fréquentées par la mouche qui transmet la maladie¹⁸. Ces fléaux, source de grandes souffrances et des pires taux de mortalité qu'ait connus la région au cours du xx^e siècle¹⁹, sont donc le produit d'une politique de mise en valeur autoritaire bien plus que d'une « malédiction » originelle, dont les rédacteurs français du rapport adressé en 1921 à la Société des Nations (SDN) disaient qu'elle semblait condamner le Cameroun « à énumérer les endémies et les épidémies qui déciment sa population²⁰ ». Manquant de personnel et de moyens logistiques, mal préparée à assumer la prise en charge d'un vaste territoire, la tutelle française aggrave encore l'état sanitaire des populations. Pourtant, après la mise en place d'un service de prophylaxie, notamment dans l'est du Cameroun, les discours officiels n'ont cessé de faire de la médecine une des incarnations de la mission civilisatrice française, comme l'indiquent les rapports adressés à la SDN. Cette action sanitaire était censée convaincre les peuples colonisés de la justesse des objectifs politiques et moraux de la France et démontrer la supériorité de ses techniques curatives et, au-delà, de son administration. Ainsi, les chefs de subdivision avaient pour consigne expresse d'aider les médecins :

« Je n'ai pas à vous recommander de travailler en parfaite harmonie avec les agents de l'assistance médicale. Vous avez trop d'expérience pour ne pas admettre qu'en pays neuf le médecin est, parmi les ouvriers de la civilisation, celui dont l'action faite de dévouement et de patience, d'intervention libératrice, touche le plus sûrement l'indigène²¹. »

On retrouve ici comme dans d'autres rapports un aspect central de l'idéologie coloniale : le culte de la science, et en particulier de la médecine présentée comme l'expression suprême d'une civilisation éclairée, libérant l'« indigène » de ses « superstitions ». Le bureau de la commission des mandats de la SDN avait, sous la pression de l'Allemagne, souligné la nécessité pressante d'une action sanitaire efficace. Berlin espérait profiter des faiblesses de l'administration française dans ce domaine pour récupérer la gestion du territoire du Cameroun²². L'administration française décida donc de créer, à partir de 1922, des équipes mobiles chargées de dépister et de traiter la trypanosomiase. Ces équipes mobiles étaient en effet moins coûteuses et plus pratiques que les établissements hospitaliers, et leur couverture sanitaire incommensurablement supérieure leur valut la préférence des services sanitaires, dans une période où les besoins en main-d'œuvre étaient pressants. Cette politique de dépistage de la maladie du sommeil comportait bien une fonction préventive, mais il faut souligner le grave défaut de ce type d'intervention, qui soigne dans l'urgence et introduit l'idée que les malades doivent se contenter d'obéir à l'institution. C'était négliger la nécessaire adaptation de sa mission curative à une formation pédagogique « de fond »,

en adéquation avec les conditions de vie du malade, négligence aux conséquences tragiques.

À l'arrivée des tournées, les concepts médicaux des populations de l'arrondissement de Nkoteng n'étaient ni ceux d'une médecine « globale », réfractaire à l'approche techniciste, ni un ensemble de savoirs relevant purement du religieux. Dans la conception ancienne, les thérapeutes les plus renommés pouvaient proposer des remèdes, élevés au niveau de panacées, et ils étaient parfois de grands ritualistes responsables de la restauration de l'ordre social²³. Les campagnes de prophylaxie évoquaient donc les rituels anciens, d'autant plus que la prospection médicale recourait à des procédés qui rappelaient l'inoculation des panacées, administrées autrefois au moyen de scarifications. La quête par la population africaine de médicaments dignes des grands thérapeutes traditionnels s'est trouvée satisfaite par l'efficacité des techniques pastorales, efficacité qui a souvent compensé la coercition employée lors des tournées. Les seringues hypodermiques étaient ainsi désignées sous le même terme local que les anciennes scarifications (*mvan*). Mais les actes médicaux invasifs de la lutte contre la trypanosomiase n'étaient pas sans évoquer les sévices anciens, piqûres du sorcier sur un objet symbolisant la victime ou repas de sang « mystique » des chauves-souris *naguals*²⁴. Comment s'étonner dès lors que les injections pharmaceutiques se soient vues prêter, selon le contexte, des vertus agressives – criminelles – mais aussi curatives ?

LA « PROPHYLAXIE » ET SES USAGERS À NANGA EBOKO, 1927-1933

La militarisation des prospections médicales était d'autant plus forte que des circulaires avaient prévenu les chefs de subdivision que l'évaluation de leur compétence administrative dépendait « du pourcentage décroissant des absents aux tournées » et aux « visites de traitement²⁵ ». Les forces de police (*fulus*) qui accompagnaient les équipes et les services d'ordre des chefs coutumiers « incitaient » de manière énergique la population à se rassembler pour la campagne de dépistage²⁶. On signale même des passages à tabac par les auxiliaires de santé. Selon les derniers témoins, lors des premières tournées, le bâton était parfois employé pour réunir les habitants²⁷.

Malgré les conflits alimentés par l'obligation faite à tout individu « suspect » d'être porteur du virus de se présenter au médecin²⁸, ces méthodes appliquées dès la première campagne peuvent être considérées – avec le recul, compte tenu du taux de présence des malades – comme un choc psychologique efficace. Ainsi, la tournée de 1927 atteint 68 % de la population. Un nombre important de malades (4 190) sont dépistés et mis momentanément hors de danger, succès qui contribue à faire du docteur Jamot le médecin-miracle de la région. Sans doute à cause des excès des opérations autoritaires de concentration menées avec l'appui des administrateurs, la campagne ne parvint pas à toucher plus des deux tiers de la population recensée, mais la réussite des cures contrebalança les effets contre-productifs des abus d'autorité. La troisième tournée, en 1932, parvint à couvrir 82 % de la population. Le coup d'arrêt important porté à la trypanosomiase va faire naître une véritable passion pour cette médecine



d'actes spectaculaires (interventions chirurgicales, injections, palpations) et sa pharmacopée, à défaut d'un personnel de base doté d'une formation médicale apte à pénétrer les réseaux de proximité pour assumer un rôle pédagogique²⁹. L'indice de contamination établi pour 1927 révèle pourtant les effets désastreux de trois décennies de politique coloniale : 12,6 % de la population visitée est contaminée³⁰. En 1928, dressant la carte des résultats de la première prospection (1927), Jamot englobe tout le sud de la région dans la zone épidémique, et la prévalence atteint 27 % à Zoa et 22 % à Lembé, des villages où, deux décennies plus tôt, Thierry déclarait n'avoir pas repéré de traces de glossines ou de trypanosomés.

Un accueil pragmatique de la magie pharmaceutique ?

Concevant le rapport du médecin avec le malade à l'image des rapports de l'administration coloniale avec les peuples colonisés, le service de « prophylaxie » excelle dans sa mission de démonstration des bienfaits des médicaments employés contre la trypanosomiase et la syphilis. L'amertume et les effets toxiques d'un « remède de cheval » comme le *nio*, terme local désignant l'injection de novarsenobenzol, substance interdite ultérieurement et qui permettait d'obtenir des guérisons spectaculaires, ont tellement frappé nos informateurs que ce traitement a acquis presque immédiatement la réputation de « soigner neuf maladies » et devint un sobriquet populaire applicable à tout individu « efficace et puissant ». La vigueur des effets secondaires, vomissements et suffocations, explique paradoxalement l'adhésion des patients qui pensaient qu'« un bon traitement n'est jamais

sans interdit pénible³¹ ». Malgré l'examen conçu sur le mode administrativo-militaire et malgré une action médicale incomplète³², le succès de ces tournées est réel. Cet engouement pharmaceutique et la séduction des injections sont confirmés par tous les témoignages : Trajan Saint-Inès, qui travaille entre Nanga Eboko et l'est du Cameroun comme agent sanitaire de la Mission de prophylaxie à partir de 1928, souligne le choc psychologique que provoque la pharmacie coloniale sur les malades :

« Nous parachevions notre stage, soignant ces malheureux [...] venus de loin, parfois du fin fond de la brousse, informés de notre pouvoir, des piqûres magiques, las des sorcelleries aux piteux résultats³³. »

En réduisant la thérapeutique traditionnelle à de la « sorcellerie », ce jugement traduit une réelle méconnaissance – l'attrait profond et ancien des patients africains pour la pharmacologie est prouvé précisément par le succès de l'intervention médicale mobile³⁴. En revanche, la pratique très banalisée d'actes aussi traumatisants que les ponctions lombaires a pu aussi provoquer une telle inquiétude que, dans ce contexte hyperendémique, elle a justifié des refus de consultation et de soin responsables de la constitution de poches de recontamination lourdes de conséquences. La couverture totale, revendiquée plus que réalisée par les partisans de la médecine mobile, avait pourtant le mérite d'amener au chevet des malades ruraux une médecine « techniciste et organiciste », d'un niveau comparable à celle qui était pratiquée en institutions hospitalières. Malgré les excès de l'« injectolâtrie³⁵ », les bienfaits des nouvelles pharmacopées ont apporté une médecine efficace hors des

établissements sanitaires, permettant de rompre tous les deux ans l'habituel isolement vis-à-vis d'un système hospitalier extrêmement léger.

Le problème du refus de consulter et l'impossible contrôle total du virus

Le mutisme associé à des actes aussi traumatisants que les ponctions lombaires et la contrainte des visites obligatoires avaient tout pour provoquer une véritable panique et alimenter les réticences, d'autant que, comme on l'a vu, les actes médicaux inexplicables pouvaient être interprétés de manière très contradictoire. Ces incertitudes étaient confortées par le fait que les traitements de la trypanosomiase ne garantissaient pas la survie du malade. Ainsi, 825 personnes dépistées en 1927 (soit 16 %) devaient décéder après la première année de traitement³⁶.

Dans un roman écrit par un résident de la région³⁷, très inspiré par l'histoire régionale, le héros souhaite se rendre dans le pays du chef Angoula, dans le but de convertir la population. Pour endormir sa méfiance, il envisage de se présenter comme un docteur mais se ravise aussitôt : le docteur Jamot fait fuir les habitants de la région et ceux-ci pensent que ses ponctions lombaires n'ont qu'une fonction, stériliser et empoisonner la race noire. Les propos du romancier trouvent confirmation dans les récits, eux bien réels, de l'assistant sanitaire Trajan Saint Inès : celui-ci surprend ainsi un de ses auxiliaires qui essaie de soutirer de l'argent à des patients en les menaçant d'utiliser du sang prélevé pour des envoûtements mortels³⁸. L'incompréhension et la suspicion avaient d'autant plus de chances de persister que les personnels médicaux usaient moins du dialogue clinique

que de l'autorité. Avec les appels au regroupement, encadrés par le service d'ordre des chefs, les campagnes de dépistage et de vaccination ressemblaient à des chasses au malade. Le recours à la matraque tout comme le « soliloque singulier³⁹ » du médecin colonial devaient d'autant plus favoriser les rumeurs alarmantes que les traitements ne se soldaient pas par un succès absolu. Les rumeurs qui, au Cameroun, ont attribué la diffusion du virus du sida aux campagnes massives de vaccination contre la variole ou encore les paniques causées par les vaccins assimilés à des expérimentations sont le résultat de ce dialogue manqué de l'institution sanitaire. Associées aux initiatives médicales publiques mal comprises, on les retrouve de manière récurrente jusqu'à aujourd'hui, indissolublement liées à l'histoire des campagnes de vaccination, et même lors des enquêtes épidémiologiques. On les retrouve au cœur de l'actualité, lorsqu'une tragique panique, suscitée dans un collège de Yaoundé par une rumeur annonçant l'arrivée d'infirmiers « venus pratiquer des stérilisations par injections », provoqua la mort de plusieurs élèves préférant se précipiter dans le vide.

Ces attitudes, en justifiant des résistances à la prise en charge médicale, ont compromis les efforts sanitaires. Dans le Gabon colonial, des rumeurs circulaient selon lesquelles les injections intraveineuses contre la trypanosomiase étaient dangereuses pour les détenteurs de pouvoirs occultes⁴⁰. Ces rumeurs témoignent bien que la figure du médecin se doublait de l'image du tueur, de la même manière que, dans le discours de la sorcellerie, se répondaient le sorcier et le contre-sorcier ; d'autres rumeurs assimilaient les médecins utilisant les prélèvements d'urines ou de sang



à des manipulateurs occultes, auxiliaires d'une politique eugénique européenne. Elles plaçaient le médecin et ses médicaments dans le monde des forces mauvaises de la tradition, reconnaissance paradoxale de son pouvoir. La nouvelle thérapeutique est ainsi interprétée à l'aune de l'ambivalence qui marque la sorcellerie traditionnelle : tout pouvoir ne peut vraiment sauver que s'il peut aussi tuer⁴¹. Les interprétations issues de la tradition mystico-religieuse remettent ainsi en question les prétentions hégémoniques du pouvoir colonial dans le domaine de la santé.

**DU TRIOMPHE DU MYTHE DE
LA « PROPHYLAXIE » À L'IMMOBILISME
MÉDICAL DES TUTELLES**

Jamot est écarté à partir de 1933. L'administration, pressée d'investir dans d'autres domaines que l'action socio-sanitaire, remplace la Mission de prophylaxie de la maladie du sommeil par les Services d'hygiène mobiles et de prophylaxie. Mais le mythe des succès spectaculaires des tournées de Jamot continue à auréoler de prestige les services de santé coloniaux, occultant plusieurs décennies d'immobilisme. Pourtant, la rapidité des examens et l'espace des tournées dans le temps limitaient largement l'efficacité des campagnes. Ce sont les écrits des médecins missionnaires qui ont favorisé une première prise de conscience de ces insuffisances : le docteur Debarge, dans la région voisine de Fouban, soulignait ainsi dès 1934 le caractère superficiel de cette médecine expéditive et ses effets pervers : « Il n'est pas possible, en tournée, de soigner réellement les malades⁴². » Le même auteur note que « ce n'est pas la consultation qui a une valeur à leurs yeux, mais [...] le petit paquet de

médicaments qui est pour eux un talisman porteur du magique pouvoir de guérison. » Il signale ainsi que cet engouement pour les injections, parfois pratiquées sur les marchés par des infirmiers indécents, sans contrôle, a pu entraîner des décès dès 1935⁴³. En revanche, la force de ce dispositif, basé sur une mise à disposition étendue de spécialités pharmaceutiques a stimulé, dans un second temps, le désir de consultation dans les hôpitaux capables d'assurer un suivi dans la continuité des malades⁴⁴.

Misère des structures « de brousse »

L'administration se devait de compléter puis de remplacer un encadrement épisodique par la création d'un réseau de structures hospitalières plus proches des malades, ou au moins de dispensaires fixes. Manquant d'un personnel de base analogue à celui que les différentes Églises avaient recruté et formé au niveau des villages pour leur conquête spirituelle⁴⁵, les services sanitaires ont choisi de privilégier les tournées. Cette conception a fait des médecins européens à la formation longue et coûteuse, secondés pour les soins « primaires » par des auxiliaires locaux, la clé de voûte du système, au détriment de tout corps intermédiaire. Cette conception d'une médecine pyramidale fait partie de l'héritage politique et idéologique du Cameroun post-colonial. À aucun moment l'administration coloniale n'a envisagé de former un corps intermédiaire de pédagogues et d'hygiénistes ; elle n'a conçu la médecine qu'organisée « par le haut », dirigée par des docteurs en médecine européens. Cette politique fondée sur la spécialisation d'un corps soignant européen, secondé exclusivement par des subalternes sans formation, aura pour effet de freiner

l'implantation des structures médicales fixes. Contrairement à ce que le pouvoir colonial a pu faire dans d'autres territoires comme l'Indochine ou Madagascar⁴⁶, la formation de médecins africains ne sera engagée au Cameroun qu'avec réticences, par les « expatriés métropolitains », après la Seconde Guerre mondiale.

Il faut toute l'insistance des autorités administratives pour que l'infirmerie de Nanga-Eboko, distante de 38 km environ de l'actuelle ville de Nkoteng, soit pourvue d'un médecin en 1935, et que soit transformé en hôpital le pavillon exclusivement consacré aux injections⁴⁷. Les médecins, souvent des militaires⁴⁸, affectés durant un temps trop court à Nanga-Eboko, avaient peu de temps pour approfondir la connaissance du terrain et des hommes qui aurait pu permettre de poser les bases d'un enseignement de l'hygiène, contrairement à leurs collègues missionnaires dont les établissements vont pallier pour longtemps les manques de l'Assistance médicale indigène⁴⁹. Ces derniers introduisent des médecins à Foumban : l'Église évangélique y installe pour plusieurs années le docteur Debarge, et l'organisation Ad Lucem installe le docteur Aujoulat à Efok en 1936. Jusqu'à la fin de la période coloniale, la région devra se contenter de ce dispositif minimal et reste une des moins bien équipées du territoire : en 1933, un seul médecin avait la responsabilité de 46 872 habitants, contre 38 760 en moyenne dans l'ensemble du Cameroun sous mandat français⁵⁰. La région sera dotée pendant la Seconde Guerre mondiale d'une maternité (1942) et d'une léproserie (1944), et flanquée d'une petite infirmerie de brousse, installée à Lembé (desservant le pays yezum) en 1949. Ce dispositif d'urgence peinait à se

réformer et à passer d'une médecine clinique fière de ses « miracles » pharmaceutiques à une conception vraiment hygiéniste et moderne de la santé, d'autant plus essentielle que l'encadrement médical classique restait clairsemé.

***La démission pédagogique :
du regroupement forcé aux
intercessions du « bon samaritain »
et des maîtres d'école***

Le manque de personnel et la confusion du rapport thérapeute/patient avec celui de colon/colonisé ont favorisé le développement d'une idéologie confortable, où la toute puissance pharmaceutique dispensait les nouveaux thérapeutes d'assumer la mission pédagogique des initiateurs-médecins des vieux rites. La volonté d'apporter les savoirs médicaux dans l'intimité domestique, qui a caractérisé l'action des médecins de famille en France métropolitaine, est bien loin des ambitions de la médecine coloniale au Cameroun.

Ces lacunes en personnel se manifestent dans les productions théoriques : si les médecins coloniaux ont toujours pu mêler à leur action des conseils de prévention, leur penchant pour la médecine clinique plutôt que pour la médecine sociale reste une constante. Fiers de tout ce que la science du début du xx^e siècle a pu produire de révolutionnaire, les acteurs de cette médecine ne conçoivent même pas que la diffusion de leurs savoirs médicaux puisse être une action thérapeutique, ou même qu'elle ressorte de leur responsabilité. La littérature alors consacrée à « l'éducation hygiénique des populations indigènes » atteste de la faiblesse des techniques et des concepts pédagogiques⁵¹. Les revues scientifiques de l'époque se contentent de



vilipender « l'inaptitude [des patients] à comprendre les méthodes » et de déléguer au corps enseignant la tâche d'« éduquer » les malades – on parle alors d'éducation et non de pédagogie sanitaire⁵². Un autre auteur prône la mise en œuvre d'une « prophylaxie morale » que l'Église pourrait assumer contre les maladies vénériennes⁵³.

En combattant la maladie du sommeil, les services mobiles avaient remporté un succès – un « triomphe », pour la propagande –, qui a rejailli sur l'ensemble des nouveaux services de santé. Mais à long terme cette attirance a rapidement joué en leur défaveur : trop de malades ont abandonné leur traitement une fois la première injection reçue, faute de services de proximité, ou encore après avoir rencontré un faiseur de médicaments qui promettait de soigner des maladies que le médecin « ne soignait pas ».

**DU « TRIOMPHE » DES INJECTIONS ET
DES COMPRIMÉS À LA RÉSURGENCE
DES MALADIES « COLONIALES »**

Notons que, plutôt que la trypanosomiase, c'est la syphilis, maladie compromettant la fécondité – « dieu pratique » des sociétés fondées sur le culte des ancêtres – qui poussait à la consultation ; elle est en 1927 la première cause de consultation hospitalière⁵⁴. Paradoxalement, c'est pour les affections vénériennes, dont les cures ont contribué à populariser les nouveaux traitements (le succès des injections de novarsénobenzol préparait celui de la pénicilline après la guerre) que les résultats sont les plus décevants. Tissandier cite ainsi un rapport médical de 1951 qui indique que 53 % des femmes ayant consulté au dispensaire de Nanga-Eboko étaient stériles à la suite d'une affection vénérienne, en

raison d'un traitement trop tardif ou de l'abandon de la cure biomédicale⁵⁵. Dans de nombreuses régions d'Afrique centrale, les problèmes de stérilité compromettent durablement l'équilibre démographique⁵⁶. Dans un contexte d'explosion des maladies vénériennes, le succès des étiologies « vernaculaires » d'affections comme la syphilis révèle la vigueur d'un circuit local de prise en charge, à la hauteur de l'échec technique et économique du système de soins dans le traitement des maladies qui ont pourtant fait la réputation des antibiotiques⁵⁷.

Bien entendu, les défauts du système mobile de soins, autant que la médiocre couverture hospitalière et le déficit de formation du personnel, concourent à expliquer cet échec. Ces dysfonctionnements ont eu un impact considérable sur la démographie. Mais alors que manquaient les moyens pour assurer une action médicale de fond, les premières tournées de la Mission de prophylaxie, puis des Services d'hygiène mobiles et de prophylaxie ont contribué, avec des cures « de choc », à faire naître un imaginaire favorisant une dépendance pharmaceutique, à l'image des remèdes des grands rituels publics que les patients s'arrachaient auparavant pour se prémunir des maladies. La nouvelle médecine se présentait donc pour le patient comme un simple « pouvoir pharmaceutique » du praticien. L'hygiène et la prévention passaient au second plan. La conception traditionnelle était donc dangereusement réceptive aux dérives de l'économie pharmaceutique favorisées par l'autonomie thérapeutique. Faute d'une véritable pédagogie et encouragée par le mercantilisme moderne, l'automédication devait se développer de manière spectaculaire et accélérer le mélange des pratiques.

Malgré la mise à disposition de médicaments, qu'avec le temps la tutelle aura d'ailleurs de plus en plus de mal à assurer, l'administration a échoué à contrôler les affections. C'est parce que la nouvelle médecine n'était pas associée à un système élaboré comme celui qui encadrait les anciennes pratiques thérapeutiques, axé sur la prévention et le contrôle de spécialistes de proximité, que l'effet d'entraînement des tournées « prophylactiques » devait rester limité.

**LEGS COLONIAL ET SANTÉ PUBLIQUE
AUJOURD'HUI : DU MIRACLE DES
ANTIBIOTIQUES À LA MÉDECINE
« DE RUE »**

Après l'indépendance, l'administration, soucieuse de remplacer les services de prophylaxie qui évoquaient trop les souvenirs coloniaux, décide de lancer une politique d'équipement. Elle construit un réseau de centres de santé ruraux, ainsi que des structures plus importantes pour les nouveaux centres agro-industriels. Mais dès la fin des années 1970, la crise économique enrayer le système et sonne le glas de la gratuité des médicaments.

Le minimum nécessaire des comprimés et injections offre un prêt-à-soigner très répandu. Cette technique rudimentaire de traitement, efficace dans l'urgence mais contre-productive en l'absence d'encadrement par des structures hospitalières, des pharmaciens d'officine ou des propharmacies⁵⁸, dans un contexte de déremboursement des médicaments, a accéléré la déprofessionnalisation de la distribution des médicaments⁵⁹. L'idéologie, d'origine coloniale, d'une médecine d'actes, efficace tant qu'elle était assumée exclusivement par un corps soignant compétent, est

devenue dangereuse dans un système où les professionnels n'encadrent plus qu'exceptionnellement l'usage de produits dont la posologie est déterminante. L'usage de médicaments sans prescription, massif en ville, se répand dans les campagnes : notre propre enquête-recensement dans le sud de l'arrondissement de Nkoteng révèle que la consommation pharmaceutique sans prescription représentait 18 % (voire 22 % pour les moins de 15 ans) des recours des patients⁶⁰ ; beaucoup s'étaient auto-administrés des produits sous forme perfusée ou injectable. Dans un village reculé comme Zoa, la popularité des injections de Pénicilline G, substance aujourd'hui inefficace, était si grande que 28 % s'étaient auto-administrés ce remède au moyen d'injections et de perfusions⁶¹. En ville, pour les plus fortunés ou les malades jugés fragiles, le recours à des perfusions ou à des injections auto-administrées est devenu très commun : 7 % des malades atteints de paludisme ont ainsi été traités avec des injections de Quinimax, plus de la moitié (57 %) étant des enfants de moins de deux ans⁶²... Cette popularité constitue donc un problème de santé publique : source de gaspillage et d'usages dangereux, elle a coûté leur efficacité à la pénicilline et à la chloroquine. Ces pratiques jouent probablement un rôle dans la diffusion des hépatites et du virus du sida, par contamination lors d'injections pratiquées avec des aiguilles non renouvelées. Le danger de cette recherche de « modernité », à travers une présentation qui véhicule inconsciemment la toute puissance des scarifications traditionnelles, montre à l'évidence que l'histoire des conceptions et des pratiques médicales traditionnelles et coloniales est une clé de la compréhension des carences du système de santé publique contemporain.



Les tournées médicales françaises de l'équipe du docteur Jamot ont constitué à l'époque un nouveau prometteur. Leur réussite, jamais questionnée, en a vite fait un archétype du succès médical. Leur prestige a été renforcé par les échecs des politiques sanitaires ultérieures. La critique de cette expérience n'est évidemment pas une apologie de l'abstention thérapeutique⁶³, au nom d'un idéal de perfection, mais il faut attirer l'attention sur les faiblesses d'une technique « de choc », au lieu de céder à la tentation d'une célébration aveugle des vertus du système médical colonial qui trouve encore aujourd'hui des défenseurs. Lapeyssonnie fait ainsi de la « jamotique » le modèle achevé des techniques de traitement de masse, et Bado loue le « succès total » enregistré par Jamot au Cameroun⁶⁴.

L'histoire de ces campagnes montre que l'accompagnement des soins et la prise en charge pédagogique du traitement et de la prévention ont été gravement négligés. L'approche technique réduite au dépistage a imprimé aux politiques ultérieures de santé, comme aux conceptions des usagers eux-mêmes, une orientation techniciste qui s'est révélée progressivement contre-productive. La mortalité engendrée par le refus de participer aux campagnes d'éradication des maladies qui maintenait des poches de contamination virale, et les méconnaissances épidémiologiques que laissait persister cette médecine statistique sont aujourd'hui résolues. Mais elles sont représentatives d'une idéologie qui trouve encore ses thuriféraires, qui préconisent l'application de la méthode Jamot à l'épidémie du sida (le dépistage public obligatoire). En raison de l'habitude inaugurée par l'administration sanitaire coloniale de négliger les études préalables de sciences sociales, au nom

de l'esprit pratique et de l'efficacité, des vagues de panique réapparaissent à chaque campagne de vaccination. Lors des actions de traitement de masse, comme les dernières campagnes de vaccination contre la variole au Cameroun, les taux de couverture vaccinale ont atteint à peine 45 % des patients. La glorification des ancêtres de la médecine tropicale a empêché de tirer les leçons des tournées de Jamot, favorisant un immobilisme qui s'est poursuivi, sur le terrain, jusqu'aux indépendances. États indépendants et bailleurs de fonds ont contribué à en prolonger les méfaits, en reconduisant aujourd'hui, au nom de l'« urgence », les mêmes schémas technicistes devenus d'ailleurs ceux des patients, négligeant ou même oubliant le rôle de l'investissement pédagogique.

La médecine coloniale a été d'autant mieux acceptée qu'elle œuvrait dans une société où le mysticisme de la panacée avait conduit à un engouement pour toutes sortes de traitements médicaux. Mais le succès de la médecine somatique, illustré par des actes spectaculaires comme les guérisons éclair obtenues lors des campagnes de « prophylaxie », a conduit à une appropriation collective qui a échappé aux contrôles des spécialistes, pour devenir une prérogative des consommateurs, coûteuse en termes économiques et sanitaires – c'est un facteur majeur de la pharmacorésistance aux molécules les plus accessibles. L'incapacité des autorités successives à faire vivre un réseau de structures de soins décentralisées et de pharmacies en mesure de couvrir le territoire a fait des médecins ruraux coloniaux, faute d'une pédagogie de proximité, les promoteurs involontaires d'une « médecine sans médecins ni conseils ». L'impulsion techniciste initiale est devenue un argument commercial pour les industries

du médicament, bénéficiant moins à la médecine de soins institutionnelle qu'à la pharmacie populaire, dite « du panier », devenue le premier recours quotidien en ville. Ces erreurs ne sont pas imputables à des individus mais bien à un consensus rarement brisé depuis 75 ans – admis jusque chez ses « détracteurs » – concernant les conceptions sous-jacentes à la médecine d'alors. L'échec des tournées, même lorsqu'elles ont réussi à convaincre les malades des vertus d'une thérapeutique plus que d'une rationalité biomédicale, est certainement aussi celui de la société coloniale dans sa gestion autoritaire des malades – d'où l'inévitable irruption d'une peur de la sorcellerie chez les patients.

Il faudra certainement réécrire de manière plus circonspecte l'histoire de ces glorieuses campagnes d'éradication de la trypanosomiase, en la replaçant dans l'histoire de la politique sanitaire continentale⁶⁵, afin de faire un bilan plus objectif des différentes facettes de cette « généreuse » initiative. Cette révision est d'autant plus justifiée que la tentation du recours à des mesures autoritaires, dans le contexte des nouvelles maladies comme le sida, ressurgit périodiquement.

Nicolas Monteillet

Université Paris 8

1. Voir N. Monteillet, *De la tutelle des ancêtres au libre usage des pharmacopées. Histoire d'un système de soins du Cameroun*, thèse de l'université Paris 5, 1998, microfiché par l'Atelier national de reproduction des thèses de l'université Lille III, p. 681-698 ; du même auteur, *Le Pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Paris, Karthala, 2005, ch. iv.

2. La consommation pharmaceutique sans prescription est aujourd'hui le premier recours des malades dans la plupart des villes du Cameroun – elle représente 50 % des soins environ. Le petit commerce pharmaceutique est beaucoup plus présent que les pharmacies d'officine, et la diffusion et la consommation des médicaments se fait principalement

en dehors du contrôle médical. Voir. N. Monteillet, « Le malade et les médecines en ville, l'exemple de Mbandjock (Sud-Cameroun) », *La population africaine au XX^e siècle*, Union pour l'étude de la population africaine, 1999, p. 345-352 et du même auteur, *Le pluralisme thérapeutique...*, op. cit., p. 57-99. Pour une enquête à Douala et Yaoundé, voir C. Commeyras et J. R. Ndo, « Étude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun », Communication au colloque du Cerdi, *Santé 2003*, <www.cerdi.org/colloque/Sante2003/Commeyras.pdf>.

3. Voir par exemple W. Sonné, *Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française, 1916-1945*, thèse de doctorat de l'université de Yaoundé, 1983 ; J.-P. Bado, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Paris, Karthala, 1996 ; ou encore R. Nkili, *Ayos : unité de prophylaxie ; centre de formation*, mémoire de DES de l'université de Yaoundé, 1973.

4. Voir L. Lapeyssonnie, *Moi, Jamot : le vainqueur de la maladie du sommeil*, Bruxelles, Presses de l'INAM, 1987 et A. A. M. Trajan Saint-Inès, *J'avais vingt ans ou : la Mission*, Niort, Nicolas, 1954, et *Ces derniers chevaliers de l'Empire, nos toubibs*, Niort, Nicolas, 1960, ainsi que de nombreux écrits de propagande de type journalistique.

5. R. Labusquière, *Santé rurale et médecine préventive en Afrique ; stratégies à opposer aux principales affections*, Paris, Le François, 1974 ; T. O. Ranger, « "Godly medicine" : the ambiguities of medical mission in Southeastern Tanzania, 1900-1945 », in S. Feierman et J. Janzen (eds), *The Social Basis of Health and Healing in Africa*, Berkeley, 1992, p. 256-282 ; J.-P. Dozon, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 7, n° 3-4, 1985, p. 26-56. Voir N. Monteillet, *Le pluralisme thérapeutique...*, op. cit., p. 34-38.

6. Voir P. Chaulaur, *La subdivision de Nanga Eboko au 28 février 1933*, Yaoundé, archives du ministère de l'Enseignement supérieur, de l'Informatique et de la Recherche scientifique (CH III, 211), 1933, p. 13.

7. Anonyme, « Expedition des Hauptmanns V. Schimmelpfennig », *Deutsches Kolonialblatt*, 1901, p. 548.

8. H. R. Rudin, *Germans in the Cameroons. A Case Study in Modern Imperialism*, New York, Greenwood Press, 1938, p. 116.

9. Cette attitude du colonisateur n'évolue que lentement avec le remplacement des Allemands par les Français. La dotation inégale en personnel et en moyens de l'Assistance médicale européenne et de l'Assistance médicale indigène françaises, ne sera palliée qu'en 1922 par le « service de prophylaxie » rurale qui disposera d'un statut particulier et de moyens importants. Les services médicaux réservés aujourd'hui à l'élite administrative qui a succédé aux Européens pourraient susciter la même indignation que la médecine à deux vitesses d'alors (pétition soumise à



l'Onu en 1945) : « il y a des salles d'hospitalisation pour les Européens distinctes de celles réservées aux Africains : les premières sont dotées de tout le confort nécessaire, tandis que celles des Africains donnent le goût de vomir. »

10. J. van Slageren, *Les origines de l'Église évangélique du Cameroun : missions européennes et christianisme autochtone*, Leiden, Brill, 1972, p. 24.

11. N. Monteillet, *De la tutelle des ancêtres...*, op. cit.

12. C. Morgen, *À travers le Cameroun du sud au nord*, Paris, Serge Fleury, Publications de la Sorbonne, 1982 [1^{ère} éd. 1893], p. 384-386.

13. Les efforts sanitaires du médecin-chef Jamot pour lutter contre les conséquences néfastes de la colonisation, et notamment celles résultant du système de travail forcé, ont conduit à supprimer l'impôt dans les zones-cibles des campagnes, pour éviter les migrations contaminantes. Ils n'ont pas empêché les administrateurs, à Nanga Eboko, entre 1922 et 1927, d'attribuer des médailles aux riziculteurs les plus zélés (les chefs), la production favorisant la propagation de la maladie du sommeil. Leurs prédécesseurs, les médecins allemands, n'étaient pas parvenus à freiner les appétits de conquête des premiers administrateurs en pays Maka, ni à discipliner l'appât du gain des commerçants dont les colonnes de porteurs répandaient la maladie du sommeil dans tout le Sud-Cameroun, voir N. Monteillet, *De la tutelle des ancêtres...*, op. cit.

14. *Ibid.* Depuis le début de la colonisation, des colonnes de porteurs de plus de 1200 hommes traversent la ville de Nanga Eboko.

15. G. Thierry, « Dienstreise des Hauptmanns Thierry nach Esum-Sannaga », *Deutsches Kolonialblatt*, 1903, p. 521-523.

16. M. W. Delancey, « Health and disease on the plantations of Cameroon (1884-1939) », *Papers for the Southeastern Regional Seminar in African Studies*, University of South Carolina, 1978.

17. *Rapport annuel adressé par le gouvernement français au Conseil de la Société des Nations conformément à l'article 22 du pacte sur l'administration sous mandat des territoires du Cameroun*, 1923, p. 53. Cette série de rapports sera citée souvent, et on la dénotera dorénavant *Rapport annuel...*

18. J.-P. Hervouët et C. Laveissière, « Les grandes endémies : l'espace social coupable », *Politique africaine*, n° 28, décembre 1987, p. 21-32.

19. En 1927, dans la circonscription, 15,5% de la population était trypanosomée; le taux atteignait même 44,5% dans certains villages du sud de l'actuel arrondissement de Nkoteng. Voir *Rapport annuel...*, 1929, p. 24. À elle seule, la maladie du sommeil, qu'aucune prospection allemande ne signalait au début du xx^e siècle, aurait emporté 2811 personnes entre 1924 et 1927. Voir N. Monteillet, *De la tutelle des ancêtres...*, op. cit. p. 488-489. La grippe espagnole de 1918 fut particulièrement meurtrière dans la région, tout comme les chantiers routiers et miniers et les plantations.

Sur ces différents points, voir, respectivement, G. Martin, *L'existence au Cameroun, étude sociale, étude médicale, étude d'hygiène et de prophylaxie*, Paris, Émile Larose, 1921, p. 155-157; M. Mado, *Complainte d'un forçat*, Yaoundé, Clé, 1970, p. 13 et 22 et M. W. Delancey, « Health and disease... », art. cit. À la fin de la période allemande, la mortalité infantile était évaluée au Cameroun à 470 pour 1000, contre 15 pour 1000 dans les zones rurales aujourd'hui... Voir G. Martin, *L'existence au Cameroun...*, op. cit., p. 434-435.

20. *Rapport annuel...*, 1921, p. 56.

21. *Rapport annuel...*, 1923, p. 77.

22. Jamot se serait même appuyé sur « une campagne de presse en Allemagne, qui souligne la carence française » pour contraindre le gouvernement français à financer la mission de prophylaxie. Voir P. Gaillard, *Le Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1989, p. 156.

23. H. Nekes, « Totemistische manistische Anschauungen der Jaunde in ihren Kultfeiern und Geheimbünden », *Kolonial Rundschau*, Berlin, 1913, p. 207-221. Voir aussi N. Monteillet, *Médecines et sociétés secrètes au Cameroun. Santé, prévention et soins précoloniaux Yezum*, Paris, L'Harmattan, à paraître en 2006.

24. Voir, pour des exemples dans l'ancien système médical, N. Monteillet, *Médecines et sociétés secrètes...*, op. cit., p. 80-81, 202, 207-209 et 217.

25. *Rapport annuel...*, 1926, p. 39.

26. Rappelons que les cinq principes fondamentaux de la « méthode Jamot » n'incluent ni la formation ni la pédagogie des équipes médicales ni la communication médecin-malade. Dans ces conditions, les mesures de propreté et d'hygiène ou les mises en garde quant aux comportements dangereux ne pouvaient être considérées que comme des ordres sans justification médicale, que l'on ne réalisait que pour éviter réprimandes et amendes. Voir M. Bebey Eyidi, *Le vainqueur de la maladie du sommeil. Le Docteur Eugène Jamot (1879-1937)*, thèse de l'université de Paris, 1951, p. 45.

27. Le bâton est encore préconisé dans A. A. M. Trajan Saint-Inès, *J'avais vingt ans...*, op. cit., p. 220.

28. Le signalement des malades contaminés aux autorités sanitaires, tout comme la présence aux visites de dépistage, étaient obligatoires sous peine de sanctions diverses (amendes, corvées, voire emprisonnement).

29. Il n'existait pas, en 1927, d'école d'infirmiers sur le territoire du Cameroun.

30. *Rapport annuel...*, 1929, p. 24. Rappelons que l'espérance de vie des malades contaminés ne dépasse pas l'année.

31. *Rapport annuel...*, 1921, p. 33.

32. Les témoignages recueillis à Nkoteng soulignent généralement l'impersonnalité des procédures d'auscultation : « Ils faisaient la visite comme à l'hôpital; ils tâtaient; ils nous tâtaient encore. Ils nous mettaient de l'argile au front. Quand ils faisaient aux gens les scarifications, ils faisaient peur aux gens. Tu voyais comme certains fuyaient! Après,

- vous rentriez.» Tous soulignent cette prépondérance du geste (les marques à l'argile blanche, sur le front, signalent les dépistés) et la puissance du *nio* quasi unanimement célébrée. Ces témoignages soulignent la qualité clinique des soins aux yeux de ceux qui les regrettent encore aujourd'hui en précisant que ces médecins «ajoutaient même des maladies que le malade ignorait».
33. A. A. M. Trajan Saint-Inès, *J'avais vingt ans...*, *op. cit.*, p. 104.
34. L'effet particulièrement puissant des injections sur la mobilisation des malades peut même être jugé comme le meilleur agent de recrutement de la médecine européenne auprès des populations : «À en croire mes listes, il en manquait deux cents. Mais rendu philosophe, je comptais désormais sur l'efficacité des premières piqûres pour m'amener du monde», in A. A. M. Trajan Saint-Inès, *J'avais vingt ans...*, *op. cit.*, p. 241-242.
35. Les spécialistes anglo-saxons parlent de «*needle mentality*». Voir M. Vaughan, *Curing their Ills : Colonial Power and African Illness*, Cambridge, Polity press, 1991, p. 146-147.
36. N. Monteillet, *De la tutelle des ancêtres...*, *op. cit.*, p. 492.
37. R. Philombe, *Un sorcier blanc à Zangali*, Yaoundé, Clé, 1969.
38. A. A. M. Trajan Saint-Inès, *J'avais vingt ans...*, *op. cit.*, p. 221.
39. Allusion à la notion de « colloque singulier » médecin/malade, développée en 1934 par le médecin Duhamel, qui entendait mettre l'accent sur la nécessaire implication du patient dans les décisions le concernant afin de rompre le monopole des praticiens.
40. M. Gaulène, « Coutumes pahouines et médecine sociale au Gabon », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, vol. 31, 1933, p. 546.
41. N. Monteillet, *De la tutelle des ancêtres*, *op. cit.*, p. 226-228.
42. J. Debarge, *La mission médicale du Cameroun*, Paris, Société des Missions évangéliques, 1934, p. 76.
43. *Ibid.* p. 98.
44. L'enthousiasme suscité par les tournées dans l'arrière-pays suscite une véritable explosion des consultations dans les services hospitaliers de Yaoundé : «Attirés et impressionnés par la rapidité de certaines guérisons obtenues avec les moyens thérapeutiques européens (en particulier l'arsénobenzol), les indigènes assaillent les postes médicaux pour obtenir la drogue bienfaisante. Dans certains postes, les malades se présentent à la visite en faisant leur diagnostic, la plupart du temps exact, demandant impérativement «*donde*» (piqûre en Yaoundé)». Voir *Rapport annuel...*, 1923, p. 59-60. Pour des témoins de Nkoteng, voir N. Monteillet, *De la tutelle des ancêtres...*, *op. cit.*, p. 496-501. Des situations comparables sont signalées dans d'autres colonies africaines par L. White, *Speaking with Vampires. Rumor and History in Colonial Africa*, Berkeley, University of California Press, 2000, p. 100.
45. La première promotion de l'école d'infirmiers d'Ayos date de 1934. Auparavant, il n'existait que quelques infirmiers africains formés sur le tas.
46. Rappelons que l'administration française, pour planter la formation par les missionnaires anglo-norvégiens d'une élite de médecins à Madagascar, a créé dès 1896 une école de médecine. C'est après 1944 que les premiers «médecins africains» du «territoire du Cameroun» formés à Dakar (ou après l'indépendance, dans les facultés françaises) ont officié sur place. La première promotion du centre universitaire de Yaoundé est sorti, en 1976, soit 80 ans après la création de la faculté de Tananarive.
47. *Rapport annuel...*, 1922. Chaleur, administrateur en 1931, et le pasteur adventiste Erzberger, en 1933, demandent à cor et à cri à leur hiérarchie l'affectation d'un médecin à Nanga-Eboko pour freiner l'afflux des malades à l'hôpital de Doumé.
48. Pour pallier les difficultés de recrutement de médecins civils (on manque de candidats pour occuper les postes de 1916 à 1925), la tutelle affecte des médecins militaires et consent des efforts (salaires et conditions de vie) pour encourager les vocations.
49. Les services sanitaires coloniaux comportaient l'Assistance médicale indigène et l'Assistance médicale européenne, chargées respectivement des «colonisés» et des «métropolitains». Des services de prophylaxie ont assuré tous les deux ans des tournées rurales sur tout le territoire à partir de 1933.
50. Chiffres établis à partir des données du *Rapport annuel...*, 1934 et 1935, et de Chaleur, *op.cit.*, 1933, p. 13.
51. M. Peltier, «Éducation hygiénique des populations indigènes», *Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, vol. 33, 1935, p. 969.
52. *Ibid.*
53. A. Gauducheau, «Note sur la prophylaxie anti-vénérienne individuelle présentée par la commission consultative au ministère des Colonies le 30 janvier 1934», *Annales de médecine et de pharmacie coloniale*, vol. 32., 1934, p. 15-17.
54. *Rapport annuel...*, 1928, p. 20.
55. J. Tissandier, *Zengoaga : étude d'un village camerounais et de son terroir au contact forêt-savane*, Paris, Orstom, 1969.
56. Voir L. Retel, *Infécondité et maladies chez les Nzakara, République centrafricaine*, Paris, INSEE, 1979.
57. Dans la région, les formes congénitales de la syphilis sont attribuées à l'*etoan* (maladie infantile) ou à la maladie *biyama* (troubles intestinaux) ou encore, au moment de la gestation, à l'*edip* (hydramnios).
58. Dépôt assurant la cession de médicaments de première nécessité, géré par un personnel pourvu d'une formation élémentaire en pharmacie.
59. Compte tenu de la popularité des injections nourrie par la «jamotique», inutile de s'étonner des succès de la



médecine chinoise et de l'acupuncture. En 1999, l'Ordre des médecins du Cameroun, inquiet de la popularité des cliniques chinoises dans la capitale, fit fermer celles qui ne respectaient pas « l'interdiction de pratiquer l'acupuncture, [...] eu égard aux risques de transmission du VIH-Sida ». Voir E. Akoto Mandjale *et al.*, « Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville », *Bulletin de l'association euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement*, n° 21, 2001, p. 133-146.

60. L'enquête-recensement rurale visait à interroger les malades de l'arrondissement de Nkoteng sur leurs recours dans les trois semaines ayant précédé le passage de l'enquêteur. Elle a porté sur 403 ménages regroupant 2295 habitants. Voir N. Monteillet, *De la tutelle des ancêtres...*, *op. cit.*, p. 730-778 ou *Le pluralisme thérapeutique...*, *op. cit.*, p. 189-214.

61. Voir N. Monteillet, *Le pluralisme thérapeutique...*, *op. cit.*, p. 197-198.

62. Sur les complications associées à l'usage anarchique des injections, voir A. Vibeke Reeler, « Injections : a fatal attraction », *Social Sciences and Medicine*, vol. 31, n° 10, 1990, p. 1119-1125.

63. Les politiques publiques des États africains – et de leurs partenaires du « Nord » – vis-à-vis de l'épidémie du sida en offrent souvent un exemple éclatant : quel État affecte aujourd'hui, comme autrefois pour la trypanosomiase, près de 20% de son budget à la lutte contre une maladie menaçant une personne sur dix ? Si les situations ne sont pas comparables – ne serait-ce que parce que le sida ne se guérit pas, contrairement à la trypanosomiase –, les anciennes tutelles coloniales, malgré leur obsession productiviste, semblent avoir plus rapidement fait face au danger que les États modernes et leurs bailleurs de fonds.

64. L. Lapeyssonie, « La jamotique : de la trypanosomiase au sida », *Tribune médicale*, n° 278, p. 9-14 ; J.-P. Bado, *Médecine coloniale...*, *op. cit.*, p. 243.

65. L'exemple des tournées rurales est aussi révélateur de l'impact des conflits internationaux (la concurrence franco-allemande) et de l'obsession productiviste (l'« assainissement » de la main-d'œuvre) sur les grandes avancées sanitaires françaises dans l'Empire. Les tournées au Cameroun, comme la création de la Faculté de médecine de Tananarive, doivent beaucoup à la crainte de ce que l'adversaire allemand ou anglais n'utilise l'argument « médical » pour annexer ou récupérer des territoires sous tutelle française.