# HISTORIQUE DE L'INSTALLATION ET DE LA PROPAGATION DE LA MALADIE DU SOMMEIL A BIPINDI (SUD-CAMEROUN), DE 1896 A NOS JOURS

WANG SONNE

*Med. Trop.* 2001 ; **61** : 384-389

**RESUME • L'objet de cet article est d'établir et expliquer les faits disponibles liés à l'installation et la propagation de la maladie du sommeil dans la région de Bipindi, au sud-Cameroun, de la découverte des premiers suspects en 1896 à nos jours. Deux événements récents motivent cet effort de recherche historique. En décembre 1994, une mission de l'OCEAC conduite par Francis Louis identifie 7 malades entre les arrondissements de Lolodorf et de Bipindi, avec un épicentre à Bidjouka. Cinq ans après, une autre équipe du même organisme diagnostique 44 malades à la suite d'une prospection touchant tous les résidents de la seconde unité administrative. Un tel suivi médical n'a jamais été observé auparavant, mais l'Histoire nous apprend que la maladie a toujours été présente dans la région de Bipindi ; la prévalence est moins élevée que dans les foyers voisins, plus virulents, riverains du Nyong. Bipindi est aussi située à 140 kilomètres environ au nord-est du foyer de Campo, foyer évoluant à bas bruit depuis les années 1880, sur la frontière avec la Guinée Equatoriale. Des réfugiés camerounais, internés dans ce territoire jusqu'à la fin des hostilités en février 1916, en sont revenus infectés. Ils ont répandu le parasite parmi leurs congénères restés à Bipindi. La transmission de la maladie du sommeil dans cette région est aussi imputable aux activités à risque notées depuis la fin du XIXe siècle : mise en création et valeur des plantations, mouvements de populations et échanges fréquents pratiqués dans la région du golfe de Guinée, surtout dans les localités situées à proximité de la frontière entre la Guinée Equatoriale et le Cameroun. L'auteur se fonde sur de nombreuses données écrites et orales collectées aux Archives Nationales de Yaoundé (Cameroun), à la Bibliothèque du « Colegio Claret » de Luba (République de Guinée Equatoriale) et auprès des informateurs résidant dans la région de Bipindi.**

**MOTS-CLES • Maladie du sommeil - Trypasonomiase humaine africaine - Historique - Cameroun - Afrique.**

**HISTORY OF SLEEPING SICKNESS IN BIPINDI, CAMEROON FROM 1896 UNTIL TODAY**

**ABSTRACT • The aim of this article is to provide historical background on the onset and spread of sleeping sickness in the Bipindi area of southern Cameroon, from the first suspected cases in 1896 until today. Two recent events have created the need for historical perspective on this topic. In December 1994, an OCEAC mission led by Francis Louis discovered 7 cases in the area between the Lolodorf and Bipindi districts. The epicentre was the village of Bidjouka. Five years later, mass screening of all residents in the Bipindi district revealed a total of 44 cases. Although no previous medical studies are available, historical research indicates that the disease has always present in Bipindi area in a less prevalent and virulent form than in neighboring regions along the Nyong River. Bipindi is located about 140 kilometers northeast of Campo, an area on the border between Cameroon and Equatorial Guinea where sleeping sickness has been a low-grade health problem since the 1880s. Many Cameroonian refugees forced to live in Campo during a war that ended in February 1916 returned with the trypanosome and subsequently contaminated people who stayed in Bipindi. Transmission of sleeping sickness in Bipindi can also be attributed to economic development since the end of the nineteenth century. Numerous plantations have been installed in the area. Migration and trade with the Gulf of Guinea have expanded greatly, especially involving areas on the border between Cameroon and Equatorial Guinea. This study is based on written documentations obtained from the National Archives in Yaoundé (Cameroon) and the « Colegio Claret » Library, in Luba (Republic of Equatorial Guinea) and on firsthand reports from reliable sources in the Bipindi area.**

**KEY WORDS • Sleeping sickness - Bipindi - Human African trypanosomiasis - Historical background - Cameroon - Africa.**

Entre novembre 1998 et février 1999, une équipe de l'OCEAC (Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Grandes Endémies en Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun) dépiste 44 trypanosomés dans les villages de Lambi et de Bidjouka, situés à trois et à douze kilomètres du centre de Bipindi, siège de l'arrondissement du même nom, sur l'axe routier Kribi-Lolodorf, au sud-Cameroun (1). Ce

• *Travail du Laboratoire de Recherche sur la Trypanosomiase (W.S., Chargé de Cours à la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines) OCEAC, Yaoundé, Cameroun.*

• *Correspondance : WANG SONNE, Laboratoire de Recherche sur la Trypanosomiase, OCEAC, BP 288, Yaoundé, Cameroun • Fax : +237 23 00 61 • e-mail : oceac@camnet.cm •*

• *Article sollicité.*

chiffre apparaît surprenant au premier abord, car la priorité de la lutte a toujours été donnée aux régions à forte prévalence comme le Haut-Nyong, Bafia ou Fort-Foureau (actuelle Kousseri) (2, 3). On a même pensé qu'on ne pouvait trouver de maladie du sommeil au Cameroun que dans ces foyers virulents. Dès le 8 juillet 1926, le médecin-colonel Eugène Jamot, placé à la tête de la mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil, mobilisait toutes ses équipes pour les éteindre. On comprend donc pourquoi d'autres zones, ignorées ou présumées à faible prévalence comme Bipindi, semblent aujourd'hui négligées ; aucun passage d'une équipe mobile de prophylaxie n'a été enregistré dans cette région depuis la déclaration des premiers cas par les planteurs et les administrateurs coloniaux au début de la période allemande.

Or, les résultats du dépistage cité plus haut ne peuvent être isolés dans l'histoire ; la maladie existe là où on la cherche. Alors se pose le problème : peut-on retrouver et analyser des traces de la survenue et de la propagation de la maladie du sommeil, des premières découvertes faites par Zenker à la fin du XIX^e^ siècle aux récents dépistages menés par l'OCEAC ? Nous essayerons d'y répondre en deux temps : d'abord avec un tableau chronologique annoté montrant les traces d'existence de la maladie du sommeil de 1896 à nos jours ; ensuite par l'évaluation des principaux indicateurs historiques expliquant ses origines et sa propagation dans la région de Bipindi.

## LES TRACES D'APPARITION DE LA MALADIE DU SOMMEIL DANS LA REGION DE BIPINDI, DE 1896 A NOS JOURS

Des indices d'installation ou de suspicion de la maladie du sommeil sont rapportés dès la fin du XIX^e^ siècle par des témoins résidant ou effectuant des déplacements fréquents dans la région. Nous répertorions leurs observations dans le tableau I (4-12).

La lecture de ce tableau appelle quelques observations majeures.

La maladie a toujours été présente sur l'axe Bipindi-Lolodorf, de 1896, date des observations de Zenker, à novembre 1998, début de l'intervention de l'OCEAC. Les villages de Lambi et de Bidjouka, les plus touchés aujourd'hui, l'étaient déjà au cours des premières tournées effectuées par les administrateurs français à partir de 1916.

Bien avant les remarques du botaniste allemand, des malades sont signalés dans la localité voisine de Campo au cours des années 1880. Cette zone est directement limitrophe de la Guinée Espagnole ; la maladie du sommeil y est déjà déclarée à l'époque (13). Campo est située est à 140 kilomètres au nord-est de Bipindi, par Kribi. Cette distance est réduite de moitié lorsqu'on emprunte des pistes de forêt régulièrement utlisées par les Ngumba depuis la période précoloniale (14, 15). Ces derniers y sont souvent passés de manière récurrente afin d'intensifier des échanges avec Campo et la Guinée Espagnole voisine. Ils ont pratiqué le commerce et ont surtout été employés dans les plantations de cacao créées dans la zone par les Allemands et les Espagnols. La frontière entre les deux territoires est perméable. Des contacts fréquents ont été noués, accentués depuis l'installation à demeure des Européens des deux côtés. Les populations locales ont des affinités familiales et tribales (16). Il est donc fort possible que, à chacun de leurs voyages, les Ngumba aient répandu le parasite ayant infecté leurs congénères restés sur place à Lambi et à Bidjouka. Ainsi, à leur arrivée dans la région de Bipindi en 1916, les médecins français notent la présence de sommeilleux, surtout en première période. Ils avouent aussi qu'il n'y a aucun contrôle de malades et qu'il faudrait surveiller la frontière avec la Guinée Espagnole. En 1926, Victor Chazelas, chef de la circonscription de Kribi, confirme dans son rapport que de nombreux indigènes reviennent du Rio Muni (partie continentale de la Guinée Equatoriale) atteints de maladie du sommeil.

Cette alerte amène l'équipe Jamot à prospecter à Campo de septembre 1928 à mars 1929. Le Docteur Bauguion qui dirige l'opération y trouve 180 malades sur 26609 examinés, soit un taux de morbidité de 0,6 p. 100 (4). L'équipe conclut donc que cette région est peu touchée par la maladie. Les efforts de lutte observés par la suite indiquent que la maladie est restée stable après le départ de Jamot. Le taux de prévalence est de 2,9 p. 100 en 1931 (13). Néanmoins, la proximité de Bipindi, le même paysage de forêt et les échanges aidant, il est fort possible que les villages dépendants de Bipindi aient été contaminés, même dans une faible proportion.

Avant la tournée médicale du « médecin africain » Monkam en février 1948 (Archives IMTSSA, Le Pharo, carton 110), le suivi de la maladie est toujours le fait des administrateurs coloniaux en poste à Kribi et à Lolodorf : ceux-ci relèvent quelques cas ou quelques suspects de trypanosomiase en marge de leurs visites consacrées d'abord au comptage administratif, à la justice et à la collecte de l'impôt. Ils rendent compte de leurs observations à la hiérarchie. Les quelques malades dépistés par des médecins disponibles sont soignés à Kribi ou à Ebolowa, seules localités abritant un poste médical à l'époque. Lolodorf et Bipindi n'en bénéficieront qu'au milieu des années 1930 (9). Il n'y a jamais eu d'hypnoserie dans la région ; aucune campagne de prophylaxie n'a été organisée malgré l'existence de nombreuses glossines (12).

De surcroît, les mêmes administrateurs avouent leurs limites en matière de dépistage de la pathologie. Ils n'ont jamais reçu de formation appropriée dans ce domaine. Le 27 août 1920, Victor Jacquot, chef de la subdivision de Lolodorf, note qu'« un cas qui semble être de la maladie du sommeil semble faire des progrès dans la région comprise entre Bipindi et Lolodorf ». Il cite surtout les villages de Lambi et de Bidjouka. Les services du Commissariat de la République trouvent d'ailleurs qu'« il faut se méfier de ce récit sur la maladie du sommeil. Comment M. Jacquot a-t-il pu diagnostiquer alors que les spécialistes sont obligés de faire des examens de laboratoire ? » (6). Ces compte-rendus de suspicion de la maladie ne sont malheureusement pas suivis immédiatement de l'intervention des équipes médicales et par des dépistages massifs. La région de Kribi, dont dépendent Bipindi et Lolodorf sur le plan de la couverture sanitaire, n'a

*Tableau I - Les cas de maladie du sommeil recensés à Bipindi de 1896 à 1994.*

| N° | Date de la découverte | Support et auteur | Objet et observations |
|---|---|---|---|
| 1 | Période du protectorat allemand (entre 1896 et 1916) | Notes et observations d' August Georg Zenker, rapportées par son petit-fils, Félix Kurt Georg Zenker en octobre 1999. | August Georg Zenker, botaniste et homme d'affaires allemand, installé à demeure à Bipindi à partir de février 1896, constate que certains de ses travailleurs sont porteurs de germes et décèdent à la suite d'un long sommeil et d'un long amaigrissement. |
| 2 | 1916 | Rapport mensuel du Capitaine Louis Billot, chef de la circonscription de Kribi. | Il constate un cas de maladie du sommeil sur la route Kribi-Lolodorf. Il s'inquiète aussi de l'état de santé des immigrants en provenance de la Guinée Espagnole. Il n'indique cependant pas le nom du village où ce cas a été relevé. |
| 3 | 1916 | Rapport mensuel du chef de la subdivision de Campo | Il indique que la maladie du sommeil ne semble pas faire de ravages sérieux, bien que les médecins aient eu à relever quelques cas. |
| 4 | 31 mai 1920 | Rapport de tournée de Georges-Louis Dornier, chef de la circonscription de Kribi. | Il signale « un cas qui semble être de la maladie du sommeil » à Mbikiliki, après Bidjouka, sur l'axe Bipindi-Lolodorf. |
| 5 | 27 août 1920 | Rapport de tournée de Victor Jacquot, chef de la subdivision de Lolodorf dont dépend Bipindi à l'époque (et jusqu'en 1995). | Il signale que «la maladie du sommeil semble faire des progrès» dans la région comprise entre Bipindi et Lolodorf : 3 malades et 11 suspects sont envoyés à Ebolowa. Cet administrateur fait une partie de son rapport à partir du village de Lambi. |
| 6 | 1922 | Rapport de Georges-Louis Dornier, chef de la circonscription de Kribi. | Il mentionne «le dépistage d'un seul cas de maladie du sommeil» soigné à l'Hôpital de Douala. Une équipe médicale envoyée dans les régions suspectes (Haut-pays Bulu Nyabessam et Campo) ne révèle aucune trace de trypanosomiase. Mais à la suite de rapports datés du 3e trimestre de l'année 1922, on constate la présence de mouches tsé-tsé dans les villages situés sur l'axe Kribi-Lolodorf. On observe aussi que des indigènes en provenance de Guinée Espagnole présentent des symptômes de trypanosomiase ; ils sont admis à l'Hôpital d'Efoulan. |
| 7 | 26 février 1923 | Rapport du Dr Weber, médecin exerçant à l'Hôpital Américain d'Efoulan | Il accueille 86 sommeilleux, expulsés de Guinée Espagnole ; ceux-ci franchissent le Ntem, en provenance du Rio Muni et de Fernando Po. L'administrateur Dornier, déjà cité, s'inquiète de l'absence d'un médecin public à Kribi ; il approvisionne le praticien en atoxyl. |
| 8 | 1925 | Rapport de Lefebvre, chef de la circonscription de Kribi | 18 cas de maladie du sommeil sont traités au dispensaire de Kribi |
| 9 | 1926 | Rapport de Victor Chazelas, Chef de la circonscription de Kribi | Il signale un grand nombre de sommeilleux parmi les indigènes résidant sur la route Bipindi-Lolodorf ; six d'entre eux sont soignés à Ebolowa. |
| 10 | 1928 | Résultats des prospections du Dr Bauguion, dans les subdivisions d'Ambam, de Campo et de Kribi | Il découvre 180 trypanosomés et considère que la région est encore à peine effleurée par l'endémie (Jamot, 1932) |
| 11 | 1933 | Rapports de Jean-François Barbarin, chef de la circonscription de Kribi | Six malades sont dépistés sur la route Bipindi-Lolodorf. Leurs villages d'origine et/ou de résidence ne sont pas signalés. |
| 12 | 1940-1950 | Rapports d'administrateurs | Ils signalent un nouveau cas dépisté chaque année en passif. |
| 13 | 12 février 1948 | Le «médecin africain» Monkam visite la totalité de la région de Kribi | Il visite 37.541 personnes pour une population recensée de 53.818 habitants. Il y a 5 nouveaux trypanosomés à Campo et un seul dans la subdivision de Lolodorf. |
| 14 | 1949 | Rapport du «médecin africain» Félix-Roland Moumié, chef du poste médical de Lolodorf | Il diagnostique 7 malades dans les villages environnants sur l'axe Lolodorf-Kribi. Il trouve aussi de nombreuses glossines (presque toute la subdivision héberge des mouches tsé-tsé) susceptibles de s'infester lors du passage des malades. |
| 15 | 22 décembre 1994 | Francis J. Louis et Coll. | Découverte de 4 cas suspects de trypanosomiase dans le village de Bidjouka. Cette opération a été réalisée en un jour ; les membres de l'équipe ne sont plus retournés sur le terrain pour un suivi. |

pas de médecin de 1923 à 1926 (6, 17). Qui plus est, les praticiens en poste fixe à Kribi ou à Ebolowa ne semblent pas avoir les moyens de disposer et de conduire des équipes mobiles sur le terrain. Au début des années 20, période au cours de laquelle les administrateurs découvrent des malades, c'est un médecin privé, le Dr Weber, qui reçoit 86 trypanosomés en provenance de la Guinée Espagnole ! Les médecins publics ne font donc pas de tournée sur le terrain ; leurs collègues membres de la Mission Jamot ne donnent la priorité de la lutte qu'aux zones les plus touchées comme le Haut-Nyong, le Nyong et Sanaga, Bafia et Kousseri.

Au total, les actions entreprises par les «médecins africains» Monkam et Félix-Roland Moumié font exception. Ils ont dépisté une douzaine de malades en 1948 et en 1949, mais n'avaient pas suffisamment de moyens pour couvrir l'ensemble de la région. À l'époque, il y a comme une inertie apparente de l'administration ; les autorités n'ont pas fait une tournée sérieuse de dépistage avant celle de l'OCEAC, organisée de novembre 1998 à février 1999. Pourtant, la maladie est signalée depuis la fin du 19e siècle. L'existence d'un foyer à bas bruit et la faiblesse démographique de la population ne paraissent pas encourager les autorités politiques et adminitratives françaises à autoriser une intervention médicale de longue durée. Toutefois, il importe de savoir d'où viennent les malades.

## QUELQUES INDICATEURS HISTORIQUES SUR LES ORIGINES DE L'INSTALLATION DE LA MALADIE DU SOMMEIL A BIPINDI

L'origine de l'installation de la maladie du sommeil à Bipindi est liée à deux activités à risque en cours dans cette région à l'époque coloniale : la mise en valeur conduite par les Allemands ; les échanges réguliers entre cette région et la Guinée Espagnole voisine. Ces deux indicateurs ont fortement ajouté à l'anthropisation du milieu et par voie de conséquence à la prévalence de la maladie dans la zone.

### L'évolution d'une activité à risque : le démarrage de la mise en valeur en 1896.

Il y a surtout le rôle fédérateur joué par August Georg Zenker, explorateur et botaniste allemand. Il est le deuxième chef de la station de Yaoundé, de 1889 à 1895 (18). Cette position administrative l'amène à voyager régulièrement dans le sud du territoire, à explorer et à répérer les sites les plus agréables et les plus rentables sur l'axe Kribi-Lolodorf-Yaoundé. Il fait aussi connaissance avec les populations locales. Après sa démission de l'administration allemande pour des raisons diverses, Zenker emménage définitivement à Bipindi, une des terres qui lui servait de gîte d'étape lors de ses expéditions vers Yaoundé, après le traité du 12 juillet 1884.

Il s'y installe définitivement en février 1896 à la suite d'un contrat de bail signé avec Mbilè Mamêgê, chef du village de Bifoum. Il obtient un domaine de 816 hectares, situé au bord de la Lokoundjé. Il engage aussitôt la mise en valeur du terroir par toutes sortes d'activités : la collecte des plantes, les cultures vivrières, le caoutchouc, le café, le cacao (qu'il a introduit en 1895, bien avant son installation à demeure), la transformation du bois, la confection d'un étang piscicole, la chasse à l'éléphant et le séchage de cette viande. Un tel travail requiert l'utilisation d'une main-d'oeuvre abondante. Les populations locales, les Ngumba et les Bassa, sont peu nombreuses. Il fait appel à des Bulu, des Ewondo, des Yebekolo, des Fang, des Yambassa, des Bikélé, des Badjoué et des Maka. Ces travailleurs, au nombre de quatre cents environ, sont répartis dans vingt-huit campements établis dans la concession dès la fin du siècle (4). Ils remplissent différents rôles : manoeuvres agricoles, scieurs, menuisiers, chasseurs, porteurs, gardes.

La ferme de Bipindi (Bipindihof) est créée. La production agricole est appréciable. Zenker devient ainsi le premier, dans tout le Sud-Cameroun, à commercialiser le cacao qui n'est encore pratiqué qu'à titre expérimental à Victoria durant l'époque allemande. Il introduit aussi cette culture dans les villages situés sur l'axe Bipindi-Lolodorf, au début du siècle. Il contribue également à fixer régulièrement sur place les populations venues de l'intérieur du Cameroun. Celles de la grande localité de Mougô, dont dépendent Lambi et Bidjouka, partent de la rive gauche, où elles avaient déjà fait souche sous la conduite de Ntounga Nzhiou avant la venue des Allemands, pour s'installer désormais sur la rive droite de la rivière Mougué en 1903, sur ordre du colonisateur. Elles maintiennent les cacaoyères et d'autres cultures de rente et des campements sur le premier site. Depuis lors, elles traversent régulièrement la Mougué pour vaquer à leurs activités quotidiennes. ce qui accroît les risques de transmission.

Il y a aussi l'effort déployé par les uns et les autres pour ajouter à la mobilité régulière des gens dans cette région. La plupart des manoeuvres employés chez Zenker participent à la construction du pont sur la Lokoundjé, achevé en 1909 ; la route Kribi-Yaoundé, la toute première du Cameroun moderne de l'époque, est complètement carrossable trois ans après. Elle dessert la rive droite de la Mougué, favorise les mouvements de populations et contribue à l'intensification des échanges de produits locaux et importés. Près de 1 000 porteurs y passent chaque jour, se dirigeant sur la côte pour évacuer le caoutchouc (19). Au total, cette mise en valeur de la région est une activité à risque par rapport à l'installation de la maladie. Elle demeure un facteur essentiel de propagation lié au retour des immigrants en provenance de la Guinée Espagnole.

### Le retour des immigrés malades : un facteur de propagation de la maladie du sommeil à Bipindi.

L'alerte est donnée le 26 février 1923 par l'accueil de 86 malades en dernière période. Mais déjà, avant cet événement, les autorités administratives s'inquiètent régulièrement de la venue des sommeilleux en provenance de ce territoire voisin. C'est qu'il y a là un important facteur de risque. Nous pouvons l'apprécier en trois grands moments.

Il y a une proximité géographique réelle entre la Guinée Espagnole et le Cameroun ; d'abord à partir de Fernando Po, la plus grande des cinq îles formant les terri-

toires insulaires. La capitale, Santa Isabel, située au nord de Fernando Po, est distante d'environ 32 et 40 kilomètres des localités camerounaises de Victoria et de Douala. Les trois villes entretiennent des rapports fréquents depuis la découverte de Fernando Po à la fin du XV^e^ siècle. Sur le continent, la Guinée Espagnole et le Cameroun partagent une frontière commune depuis la période coloniale. Le Rio Muni et la région de Kribi du Cameroun sont directement limitrophes ; les échanges réguliers entre les populations des deux territoires sont très anciens. Ces rapprochements ont favorisé le processus de migrations de part et d'autre. En plus, les Fang et les Ngumba, résidant des deux côtés de la frontière du continent, sont apparentés, à quelques nuances près. Le cas des seconds nous intéresse le plus ici. Plus d'une quarantaine d'entre eux ont été déclarés malades de novembre à février 1999, comme nous l'avons noté plus haut. Ils sont liés aux Maka de l'Est du Cameroun et habitent une zone allant de Mbango, sur l'axe routier Lolodorf-Ebolowa, à Ndtoua, sur un rayon d'environ 100 kilomètres. C'est l'aboutissement d'une longue série de migrations qui les a conduits du nord du Cameroun aux rives du Nyong et de la Lokoundjé. Une partie de ces migrants s'est installée au Cameroun, l'autre a continué sa pérégrination au sud de la région de Bata, dans la zone continentale de la Guinée Espagnole au début du XIX^e^ siècle. Ils sont connus sous le nom de Bisio ou Bujeba (20).

Les Mabea, les Maka et les Ngumba du Cameroun et leurs parents Bisio de Guinée Espagnole sont identifiés sous le générique « Mekuk » (14, 15). Ils se sont installés sur leurs sites actuels pour se rapprocher de la mer et acquérir du sel. Ntounga Nzhiou a mené ce mouvement au Cameroun pour le compte des derniers. À ce point, les Ngumba de Bipindi sont à 75 kilomètres de l'Atlantique ; leurs proches, les Mabea sont installés de Kribi à Campo ; les membres du même groupe Mekuk, les Bisio, habitent la région de Bata, le long de l'océan. Ils partagent tous un paysage de forêt. Ce voisinage a des incidences réelles sur les événements engageant la vie et les mouvements des populations des deux territoires et surtout sur la transmission de la maladie du sommeil.

Le deuxième facteur à risque lié à l'installation des malades en provenance de Guinée Espagnole est que les autorités administratives et sanitaires de Fernando Po sont régulièrement inquiètes des progrès de la maladie du sommeil dans cette île et sur le continent. Les rédacteurs de la revue *La Guinea Espagñola* (numéros parus de 1903 à 1908) (21) rapportent cette inquiétude dans une série d'articles intitulée : « La Enfermedad del Sueño ». Comme cette maladie paraît toute nouvelle à l'époque, les auteurs des articles étudient ses symptômes, ses débuts, ses causes et ses manifestations. Sa gravité est déjà perçue ; ils parlent d'une maladie « terrible » qui sévit sur l'île de Fernando Po et l'ensemble des territoires de l'Afrique Occidentale, bordés par l'Océan Atlantique ; la résignation est perceptible. Comme on n'a pas encore découvert de médicament approprié à l'époque, l'affection est toujours jugée « incurable » ; on s'inquiète de son évolution et de son dénouement, la mort inévitable du sujet (en espagnol, *su desenlace*).

Les autorités coloniales espagnoles mesurent aussi les risques de propagation sur toute la côte occidentale de l'Afrique Noire, bordée par l'Océan Atlantique. Peut-être est-ce la raison pour laquelle elles font appel aux personnels de santé à l'époque. Une commission est aussitôt créée pour évaluer les progrès de la maladie du sommeil chez les populations du Golfe de Guinée. Ce travail de suivi est confié à une équipe dirigée par le Dr Gustavo Pittaluga (1909-1910) (22). Ses collaborateurs et lui établissent un rapport volumineux sur les ravages de la maladie du sommeil dans l'île de Fernando Po et dans les territoires voisins. Ils citent même d'autres efforts engagés ici et là pour enrayer le fléau. L'Allemagne, l'Angleterre, la France, l'État Libre du Congo, le Portugal et le Soudan prennent conscience de cette « misère » qui s'étend, selon eux, de Dakar au Nord de Benguella, en passant par Conakry, Freetown, Monrovia, Grand Bassam, Lagos et Libreville. Des mesures sont prises pour lutter contre le vecteur et limiter la circulation du trypanosome. Pour la première fois, en 1908, on parle d'un médicament appelé atoxyl (*La Guinea Española,* n° 17 du 10 septembre 1908, p. 133) (21).

Néanmoins, ces mesures sont limitées par les conséquences de l'entrée massive des réfugiés allemands et de leurs fidèles camerounais en Guinée Espagnole voisine en janvier 1916, à la suite de leur défaite face aux troupes franco-britanniques. Le Gouverneur Ebermaiër, en poste depuis 1912, mène un contingent de 60 000 personnes environ (23, 24). Elles passent par Ebolowa, Ambam et Campo et s'installent d'abord dans la zone continentale. 40 000 d'entre elles sont gardées à Bata sur des terres relativement peu fertiles ; accablées de famine, elles ne restent pas longtemps et rentrent au Cameroun aussitôt aprés le 20 février 1916, date de la fin des hostilités. 6 000 soldats et 10 000 civils camerounais campent encore dans la région du Rio Muni. Ce sont pour la plupart des Ewondo, des Ngumba, des Bulu, des Kaka, des Bassa encadrés par deux chefs traditonnels, Charles Atangana et Nanga Eboko. Les Français et les Anglais considèrent leur présence dans ces lieux comme une menace pour le territoire camerounais nouvellement conquis. Ils font pression sur les autorités coloniales espagnoles pour qu'elles les éloignent le plus possible du continent et du Cameroun.

D'avril à juin 1916, elles sont transférées à l'intérieur de l'île de Fernando Po. La main-d'oeuvre locale, constituée de Bubi et de Fang, est faible ; les premiers se refusent à travailler dans les plantations de cacao (16) ; les propriétaires espagnols de San Carlos, localité située à l'ouest, recrutent tous les Camerounais en bonne santé dans les domaines espagnols de Bokoko, Avendaño, Drumen, Pequeño, et de Musola, dans un rayon de 20 kilomètres. Toutefois, cette région, très fertile, connaît aussi une forte prévalence de trypanosomés dès le début des années 1920 (Simarro, communication personnelle). Les vieillards et les sujets sommeilleux, peu valides, sont immédiatement renvoyés au Cameroun à partir des années 20 (25). Il est donc fort possible que certains d'entre eux se retrouvent parmi les 86 malades accueillis à l'Hôpital d'Efulan par le Dr Weber en février 1923 (8). Ces sujets, aux stades des première et deuxième périodes, continueront à propager la maladie dans la région de Bipindi. Ainsi, un réser-

voir de parasites est-il constitué et constaté à cette époque. Des malades sont alors dépistés çà et là, sans qu'on n'organise une campagne de dépistage et de lutte comme dans la zone voisine du Haut-Nyong.

## CONCLUSION

En définitive, la maladie du sommeil existe à bas bruit dans la région de Bipindi depuis l'époque allemande. Les documents d'archives et les témoignages oraux le montrent. La prévalence n'est pas aussi forte que dans les foyers de Bafia et du Haut-Nyong, peut-être pour des raisons de densités de populations différentes. Avant qu'on ne la soupçonne dans les villages de Lambi et de Bidjouka, la maladie avait déjà été signalée dans les localités voisines de Campo, à cheval sur la frontière entre le Cameroun et la Guinée Espagnole continentale. Tous ces endroits partagent un même paysage et sont reliés depuis l'époque précoloniale par des pistes de forêt. De nombreuses populations d'origine Bulu, Fang et Ngumba, de passage ou résidant dans cette région, ont noué des contacts fréquents. Ce comportement à risque a ajouté à la transmission de la maladie ; il y a eu aussi la mise en route de l'aménagement de l'espace avec le développement des cultures de rente et surtout des cacaoyères à Campo, à Bidjouka et à Lambi au cours de la période allemande. L'évolution de ces activités à risque a abouti à la constitution d'un réservoir de parasites ayant contaminé les glossines. Par conséquent, le taux de prévalence a augmenté. La maladie s'est installée à la grande surprise des spécialistes et on a noté le sursaut d'octobre-novembre 1998. Les villages de Lambi et de Bidjouka sont, depuis lors, cités parmi les plus infectés. Certes, le mal reste encore au stade hypoendémique ; mais il est nécessaire d'assurer une surveillance épidémiologique étroite car nous ne sommes pas à l'abri d'une éventuelle flambée épidémique ■

***Remerciements** • Nous remercions pour leur soutien à la rédaction de cet article M. Frédéric Berteau, médecin-inspecteur de santé publique, Directeur Scientifique et Technique de l'OCEAC, M. Claude Laveissière, entomologiste médical de l'IRD, Directeur de Recherche, Chef du Laboratoire de Recherche sur la Trypanosomiase, M. Pascal Grébaut, Ingénieur de Recherche à l'IRD, en affectation dans le même organisme. Nous avons été touché par l'intérêt qu'ils portent à l'Histoire comme outil d'évaluation et de compréhension des phénomènes épidémiologiques. Leurs collègues, Jordi Màs et Pere Simarro de Guinée Equatoriale, nous ont offert un accueil et une considération semblables pendant notre séjour à Malabo et à Luba, en mai 2000. Ils nous ont introduit auprès des responsables des centres de documentation de ces deux villes, notamment la bibliothèque du «Colegio Claret» de Luba. Nous nous sommes aussi entretenu avec des informateurs résidant dans les villages relevant de l'arrondissement de Bipindi. Nous distinguons M. l'Abbé Nicodème Buh, MM. Rémy Bibanga et Daniel Mimpfoundi de Lambi, Christophe Nkoulé et Andoche Mbouélimpane de Bidjouka. Nous saluons l'ardeur au travail et la collaboration de nos étudiants avancés en Histoire, inscrits à l'Université de Yaoundé I. Ils ont régulièrement contribué à la recherche et à l'interprétation des documents utiles conservés aux Archives Nationales de Yaoundé. Il s'agit de Mmes Hortense Yvonne Abouna Mouzong, Sylvie Laure Andela Bambona, Brigitte Etonki Ngando, Adelaïde Ndjilabogo, Joséphine Ounguétou et de MM. Patrice Muzeyi Egbe, Désiré Kamwa, Roger Nyindié et Robert Zonko Tchakounté. Nous nous permettons encore d'adresser à tous notre profonde reconnaissance pour leur concours précieux à la mise en forme définitive de ce texte.*

## REFERENCES

1 - GREBAUT P, SONNE W, BODO J.M. et Coll. - Aspects épidémiologiques d'un foyer de maladie du sommeil mal connu : le foyer de Bipindi au Cameroun. *Bull. Liais. Doc OCEAC* 2000 ; **33** : 16-22.

2 - JAMOT E. - La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun, *Annales de l'Institut Pasteur* 1932 ; **48** : 481-539.

3 - BEBEY-EYIDI M-W. - Le vainqueur de la maladie du sommeil. Le Docteur Eugène Jamot (1879-1937). Edité par l'auteur, Paris, 1951, pp. 124.

4 - ARCHIVES NATIONALES, YAOUNDE (ANY) - TA 1, 1896 à 1907. Résumé des rapports annuels allemands de 1896 à 1907 (manquent 1908 et 1909 à 1913) ; document établi par Mme Lagrange.

5 - ARCHIVES NATIONALES, YAOUNDE, APA - 10013/A. Circonscription de Kribi. Rapports mensuels, 1916-1918. Rapport général sur les subdivisions de Campo, Njabsam (Nyabessam), juin 1916.

6 - ARCHIVES NATIONALES, YAOUNDE, APA - 11805/A. Kribi (Circonscription de). Rapports trimestriels et pièces annexes, 1916-1928 (lacunes).

7 - ARCHIVES NATIONALES, YAOUNDE, APA - 10015/C. Kribi (Circonscription de). Rapports avec Fernando Po. Organisation du service. Commandement indigène. Santé, affaires diverses, 1917-1930.

8 - ARCHIVES NATIONALES, YAOUNDE, APA - 11805/B. Kribi (Circonscription de). Rapports de tournées (1920-1925).

9 - ARCHIVES NATIONALES, YAOUNDE, APA - 11864/B. Kribi (Circonscription de). Rapports de tournées, 1932-1937.

10 - ARCHIVES NATIONALES, YAOUNDE - 1AC 241. Kribi ; divers 1933-1945. Rapports sur affaires diverses 1933-1945 dans la région de Kribi.

11 - ARCHIVES NATIONALES, YAOUNDE - 1AC 61. Kribi, 1948. Région de Kribi en 1948.

12 - ARCHIVES NATIONALES, YAOUNDE - 2AC 6236. Lolodorf (Cameroun). Santé. Rapport annuel du médecin africain de troisième classe Félix-Roland Moumié, chef du poste médical de Lolodorf, 1949.

13 - PENCHENIER L., GRÉBAUT P., EBOO EYENGA V. et Coll. - Le foyer de trypanosomose humaine de Campo (Cameroun). Historique et situation de l'endémie en 1998. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 1999 ; **92** : 185-190.

14 - DUGAST I. - Inventaire ethnique du Sud-Cameroun. Série I-Populations, Yaoundé : IFAN, 1949, pp 101-103.

15 - EYENGA C. - Les Ngumba de Lolodorf des origines à 1893 : essai d'une monographie historique. Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Professeur de l'Enseignement Secondaire général, Deuxième Grade (DI.P.E.S.II), Yaoundé : Ecole Normale Supérieure 1997 : 63 pp. .

16 - MVENG M. - Note sur l'émigration des Camerounais à Fernando Po entre les deux guerres mondiales. *Abbia* 1969 ; **23** : 35-43.

17 - LETONTURIER M - Rapport sur le fonctionnement du service de santé au Cameroun pendant l'année 1923. *Annal. Med. Pharm. Colon.* 1924 ; **22** : 396-408.

18 - LABURTHE-TOLRA P. - Yaoundé d'après Zenker. *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines* 1970 ; **2** : 5-113.

19 - CHAZELAS, V. - Les territoires africains sous-mandat : Cameroun et Togo. Editions de l'Exposition Coloniale ed., Paris, 1931, pp 56-59.

20 - LINIGER-GOUMAZ M. - Connaître la Guinée Equatoriale. Editions des Peuples Noirs ed., Rouen, 1986, 241 p.

21 - LA GUINEA ESPAÑOLA - Périodique en langue espagnole paraissant à Banapa, banlieue de Santa Isabel, numéros parus de 1903 à 1922.

22 - PITTALUGA G. - Informe de la Comision del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XII enviada a las posesiones españolas del Golfo de Guinea para el estudio de la enfermedad del sueño y de las condiciones sanitarias de la colonia 1910.

23 - LABURTHE-TOLRA P. - Charles Atangana. Un chef entre deux colonisations, 1888-1943. In «Julien C.A, Morsy M., Coquery-Vidrovitch C. - Les Africains». Editions Jeune Afrique ed., Paris, 1977, pp 107-141.

24 - LEVINE V.T. - Le Cameroun. Du mandat à l'indépendance. Présence Africaine, Paris, 1964/1984, pp 59-62.

25 - AYMERICH GENERAL J.G. - La conquête du Cameroun, 1er août 1914-20 février 1916. Payot ed., Paris, pp 204-206.