

Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil.

Monsieur Jean-Pierre Dozon

Citer ce document / Cite this document :

Dozon Jean-Pierre. Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil.. In: Sciences sociales et santé. Volume 3, n°3-4, 1985. Anthropologie, sociétés et santé. pp. 27-56;

doi : 10.3406/sosan.1985.1012

http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1985_num_3_3_1012

Document généré le 04/06/2016

Abstract

Jean-Pierre Dozon: When the Pastorians hunted down sleeping sickness.

While the Pastorians' activities in their home country is well-known, their work in the colonies is much less studied. The author focuses on the research they did on sleeping sickness or «trypanosomiasis», and attempts to explain a paradox: the Pastorians were eventually less efficient in the treatment of the disease than in a codification of health activities which allowed them to play a crucial role in the colonising process.

Resumen

Jean-Pierre Dozon : Cuando los Pastoranos estaban al acecho de la enfermedad del sueño.

Si la actividad de los Pastoranos generó en la metrópoli numerosos análisis, su acción en las colonias dista mucho de ser tan bien conocida. Al escoger, en esta última perspectiva, las investigaciones que pudieron hacer en la lucha contra la tripanosomiasis o enfermedad del sueño, el autor intenta explicar una paradoja : los Pastoranos se ilustraron, en resumidas cuentas, menos por su eficacia que por la codificación de las prácticas sanitarias que les permitieron desempeñar un papel fundamental en la empresa de la colonización.

Résumé

Jean-Pierre Dozon : Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil.

Si l'activité des Pastoriens en métropole a donné lieu à de nombreuses analyses, leur action dans les colonies est beaucoup moins bien connue. Choisissant, dans cette dernière perspective, les recherches qu'ils ont pu mener dans la lutte contre la trypanosomiase ou « maladie du sommeil », l'auteur tente d'expliquer un paradoxe : les Pastoriens se sont finalement moins illustrés par leur efficacité dans la connaissance de cette maladie que dans la codification des pratiques sanitaires qui leur ont permis de jouer un rôle fondamental dans l'entreprise de colonisation.



QUAND LES PASTORIENS TRAQUAIENT LA MALADIE DU SOMMEIL

Jean-Pierre Dozon*

Récemment, Bruno Latour [7], dans un ouvrage remarquable, se livrait à une réévaluation du pastorisme. Il y démontrait tout particulièrement en quoi Pasteur ne fut pas « simplement » un grand « savant », un « génial découvreur », mais aussi (et peut-être surtout) un excellent stratège et un fin politique. Les traits de génie de Pasteur et des Pastoriens émanent davantage du pouvoir qu'ils ont su conquérir et des alliances qu'ils ont su contracter que de leurs seules découvertes bactériologiques. Le pastorisme correspond à un bouleversement scientifique (que d'aucuns pourraient appeler un changement de paradigme), mais les ressorts d'un tel bouleversement (1) ne relèvent pas en propre d'une histoire des sciences biomédicales ; ils participent bien plutôt d'une redéfinition de la société française qui, en ces années 1880-90, découvre qu'en son sein des acteurs, invisibles au regard mais innombrables et dangereux, parasitent son bon fonctionnement. Suivant Latour, la force des Pastoriens est d'ordre sociologique. Depuis leurs laboratoires, ils énoncent que la société est aussi faite de microbes et autres micro-organismes ; instituant ces nouveaux acteurs au cœur du lien social, ils en deviennent les porte-parole et du même coup se font reconnaître (auprès des hygiénistes et des médecins) comme seuls capables de résoudre les problèmes d'une société qui ne saurait désormais s'accepter comme telle sans mener d'urgence la guerre aux microbes.

* Jean-Pierre Dozon, sociologue, O.R.S.T.O.M., 213 rue Lafayette, 75010 Paris.

(1) Bouleversement du reste qu'on ne saurait attribuer au seul nom de Pasteur ; d'autres personnages clefs, tel Robert Koch, le rival allemand de Pasteur, ont une importance tout aussi décisive.

Cependant, à la fin du siècle, la « pastorisation » de la société française s'accomplit, mais ce sont les médecins qui, gagnés aux thèses pastoriennes, occupent le terrain et s'impliquent complètement dans ce que certains ont appelé « la police sanitaire », notamment en direction des classes populaires ; pendant ce temps, les Pastoriens travaillent dans leurs laboratoires et y développent l'immunologie et la biochimie. Mais les qualités qui avaient été les leurs dans les années 1880-90, celles de définir les conditions d'une bonne société et d'y occuper des positions de pouvoir, vont se déployer à nouveau et pleinement quelque temps plus tard en investissant, au tournant du siècle, les immenses territoires de l'empire colonial français. L'Institut Pasteur de Paris, inauguré en 1888, multiplie ses filiales à Saïgon, Dakar, puis Brazzaville et Tananarive. Des jeunes médecins militaires formés aux écoles de médecine navale de Toulon, Brest et Rochefort s'initient et se convertissent aux méthodes pastoriennes et deviennent les fers de lance de ce vaste déplacement vers les contrées tropicales (Albert Calmette en fournit un des meilleurs exemples) ; le ministère des colonies, en 1903, reconnaît à l'Institut Pasteur sa nouvelle vocation en finançant des stages aux médecins des troupes coloniales auprès de l'« illustre » maison.

Il est assez aisé de comprendre l'intérêt immédiat que représentaient les colonies pour les Pastoriens. Tandis qu'en métropole le gros du travail avait été accompli et qu'il n'y avait plus guère de maladies spectaculaires contre lesquelles ils pouvaient s'illustrer, là-bas, sous les Tropiques, tout ou presque restait à découvrir. Les premiers médecins qui avaient accompagné les troupes coloniales lors des conquêtes militaires, ou tout simplement les voyageurs et explorateurs en veine de commentaires, laissèrent des tableaux impressionnants des pathologies exotiques, et s'il s'en dégageait une profonde méconnaissance de leur étiologie, une vision pour le moins prépastorielle de leurs origines (mettant sur le compte de l'eau, de la terre, du climat, etc., l'exubérante morbidité tropicale), la teneur de leurs descriptions ne pouvait qu'aiguiser la curiosité de ceux qui estimaient être à l'avant-garde de la recherche biomédicale et aux commandes de la santé publique (2). Mais à ne consi-

(2) En fait, les Pastoriens se sont surtout illustrés en la personne de Laveran qui découvrit l'agent du paludisme et celui de la leishmaniose. Cf. l'œuvre des Pastoriens en Afrique Noire (A.O.F.) par le médecin général C. Mathis [11].

dérer que ce seul aspect des choses, en l'occurrence l'intérêt scientifique, on manque ce qui fit leur force et leur ressort en ces contrées lointaines et les mit, pour reprendre une heureuse expression de B. Latour, en position de « Solon des Tropiques ». En se plaçant du reste sur ce terrain de la découverte scientifique, les Pastoriens n'y sont guère apparus en pointe, à tout le moins ont-ils dû partager l'identification des parasites et surtout de leurs vecteurs (insectes par lesquels s'effectue la transmission de nombreuses maladies tropicales) avec des Anglais, Allemands, Italiens, et même Cubains. A certains égards, on peut se demander si, compte tenu des acquis pastoriens dans le domaine bactériologique, ils étaient véritablement à même de découvrir le rôle essentiel joué par les vecteurs dans l'épidémiologie des maladies tropicales ; car il fallait là une « imagination » scientifique qui précipitait et compliquait leurs cadres théoriques et leurs procédés expérimentaux. Et bien que les Pastoriens eussent très vite compris et adopté cette nouvelle donnée de la pathologie exotique, les problèmes généraux que posaient les maladies parasitaires à vecteurs, notamment la complexité des chaînes de transmission, les formes diversifiées et évolutives des parasites, n'étaient pas réductibles à ceux qu'ils avaient appris à résoudre dans leurs laboratoires et par les leçons du « maître ». Ainsi, la maladie du sommeil qui fut de loin, du moins en Afrique Noire, l'affection sur laquelle nombre d'entre eux jetèrent leur dévolu, demeure encore, sur bien des points, énigmatique. Paradoxalement, elle s'est avérée (avec le paludisme et les filarioses) la moins « pasteurisable » des pathologies tropicales, dans la mesure où, jusqu'à ce jour, nulle prévention de masse n'a pu être mise sur pied (les perspectives de trouver un vaccin sont toujours aussi lointaines) ; et seul le développement, après la Seconde Guerre mondiale, de l'entomologie médicale a permis quelques stratégies d'éradication en se focalisant sur la lutte contre les glossines (plus connues sous le nom de mouches tsé-tsé).

C'est précisément à la compréhension d'un tel paradoxe que ce texte prétend se consacrer ; paradoxe, pour dire les choses rapidement, par lequel les Pastoriens révèlèrent leur efficacité moins en faisant notamment progresser les connaissances en matière de maladie du sommeil (l'optimum de connaissances a été atteint dès 1912 par la publication d'un ouvrage de synthèse que signèrent deux illustres Pastoriens, cf. [8]), qu'en codifiant des pratiques sanitaires

qui les mirent en position d'acteurs privilégiés de l'entreprise coloniale.

Reportons-nous en Afrique Noire au début du siècle. La France achève ses dernières conquêtes militaires, et les autorités administratives songent désormais à la mise en valeur des territoires conquis. S'il leur faut introduire des dispositifs de contrainte à l'égard des peuples colonisés (impôt, travail forcé, etc.), elles savent également que la réussite de leur « mission civilisatrice » dépend largement de l'adhésion des populations et que, pour l'obtenir, les mesures despotes seules ne sont guère efficaces. C'est pourquoi elles envisagent la médecine et le médecin comme des compléments indispensables à leurs systèmes de contrôle et de contrainte. « La pénétration pacifique par l'hygiène » - telle est, en une formule très imagée, la politique préconisée où l'on prétend améliorer la santé des « indigènes » à la fois pour les mettre au travail (comme si le travail, à l'instar de l'hygiène, devait leur être inculqué), leur faire admettre sans violence la supériorité du colonisateur, ou leur faire croire au bien-fondé de son « œuvre civilisatrice ». On a donc créé, en ces débuts de colonisation effective (1905), des services de santé destinés aux populations africaines, appelés « Assistance Médicale Indigène » (A.M.I., et A.M.A. ou Assistance Médicale Africaine en A.E.F.), dont l'organisation repose au premier chef sur des formations sanitaires fixes et la « philosophie » sur une médecine individuelle et curative (seule la vaccination contre la variole est entreprise).

Durant cette première phase, on se soucie moins d'efficacité proprement médicale que de comptabiliser chaque année les consultations ; car compte tenu de la doctrine en vigueur, du rôle essentiellement idéologique joué par la médecine, il s'agit simplement d'enregistrer les progrès du comportement des indigènes, en l'occurrence ceux qui dénotent un choix spontané pour les services de santé offerts par l'administration coloniale (aux dépens notamment des guérisseurs africains). Cette manière de concevoir et de pratiquer la médecine en terre coloniale n'est guère favorable aux idées et aux stratégies pastoriennes ; elle en est même l'antithèse, se voulant fort peu interventionniste et subordonnant sa propre efficacité aux intérêts plus généraux de la colonisation. Les médecins (qui appartiennent au corps de santé des colonies), suivant cette conception, n'ont aucune marge de manœuvre, aucun poids politique ; ils dépendent entièrement de l'administration et ont simplement pour tâche de

soigner les corps afin d'apaiser et de se concilier les esprits.

Toutefois, une maladie va concentrer l'attention des Pastoriens et leur permettre, autant par son ampleur que par leur manière d'en rendre compte, de déployer une stratégie d'envergure et de se faire reconnaître comme acteurs privilégiés de l'entreprise coloniale. Cette maladie, nous l'avons déjà évoquée : il s'agit de la trypanosomiase, plus connue sous le nom de maladie du sommeil (vocabulaire usuel qui est en fait la traduction littérale de nombreuses dénominations africaines (3)). Bien qu'il ait manqué le rendez-vous de la découverte scientifique (ce qui n'est pas de peu d'importance puisqu'en ces temps de rivalités européennes et de partage de l'Afrique, le patriotisme se niche aussi bien sous la lame d'un microscope) et laisse à d'autres (4) le soin d'identifier le processus étiologique (en l'occurrence le parasite ou trypanosome et le vecteur ou glossine), l'Institut Pasteur organise depuis Paris plusieurs missions d'étude sur la maladie du sommeil. En 1906, Roubaud, Martin et Lebœuf parcoururent l'Afrique Équatoriale Française et dressent un inventaire de la maladie du sommeil ; en 1908, Bouffard et Gouzien réalisent un travail similaire au Soudan, de même que Bouët et Roubaud dans toute l'A.O.F., entre 1909 et 1912. De leurs prospections minutieuses sur le terrain (5), les Pastoriens reviennent convaincus de l'importance de l'endémie trypanique et surtout des formes épidémiques qu'elle prend en maintes régions. L'enjeu est de taille ; la maladie du sommeil est une maladie mortelle (6) qui, sans qu'on y prenne garde, peut décimer des populations entières. Or, si les mécanismes de sa transmission sont dans leurs grandes lignes connus (mécanismes qui font de l'homme un « réservoir à virus », c'est-à-dire à la fois un hôte susceptible de contaminer à son tour le vecteur, et une victime), son épidémiologie reste un « obscur objet » (7). On ne sait véritablement ni comment ni

(3) Et correspondant au stade ultime de la maladie, dit stade méningo-encéphalitique, qui se manifeste notamment par des états de somnolence.

(4) Selon l'historiographie officielle, c'est Dutton et Forde (Anglais) qui observent en 1901 le trypanosome dans le sang d'un malade et lui donnent le nom de trypanosome *gambiense*, puis Castellani en 1903 ; et c'est D. Bruce et D. Navarro qui imputent aux mouches tsé-tsé (*glossina palpalis*) la transmission probable de la maladie.

(5) Cf. notamment [10].

(6) La phase méningo-encéphalitique débouche généralement sur la mort.

(7) Pour reprendre le titre de l'article de M. Golberg [4].

pourquoi elle prend des tours épidémiques (une fois admis qu'elle existe depuis des temps immémoriaux en Afrique, au moins à l'état endémique), parfois en des régions à priori peu favorables à sa pénétration, et surtout on ne dispose d'aucune solution pratique pour prévenir ou enrayer ses développements ravageurs. C'est précisément sur cette question cruciale que les Pastoriens vont faire porter tous leurs efforts et devenir les « maîtres » de la lutte contre la maladie du sommeil.

Avant de présenter le récit plus détaillé de cette mobilisation pastoriennne (mobilisation par laquelle ils rattrapent et dépassent leurs rivaux étrangers en devenant épidémiologistes de terrain), il est d'ores et déjà intéressant d'en dégager les enjeux et les implications.

Tout d'abord, en jetant leur dévolu sur la trypanosomiase, les Pastoriens se démarquent nettement de la politique sanitaire qui prévaut en ces débuts de mise en valeur coloniale ; si les autorités administratives n'ignorent pas les dangers que représente la maladie du sommeil (elles connaissent le foyer déjà ancien du Sénégal et les foyers plus récents du Congo ou de la Haute-Volta), et veillent par quelques mesures élémentaires à en contrôler l'évolution, elles ne tiennent absolument pas à mobiliser l'assistance médicale indigène à peine naissante sur une telle affection ; ce serait en effet contraire au rôle qu'elles lui ont assigné, à savoir celui de soigner individuellement et de démontrer par des preuves tangibles les bienfaits de la « civilisation ». Par ailleurs, le pouvoir colonial est soucieux de préserver la santé des populations européennes ; or, de ce point de vue, les Tropiques ont mauvaise réputation. Les « Blancs » y meurent en grand nombre, notamment du paludisme, mais aussi d'épidémies telles que la fièvre jaune ou le choléra (ainsi, en 1898, la population, principalement européenne, de la première capitale ivoirienne, Grand-Bassam, fut déclimée par une épidémie de fièvre jaune, cf. [12]). C'est pourquoi on ne s'y précipite pas, contrairement aux souhaits de l'administration qui envisage pour certains territoires une véritable colonisation de peuplement. Dans de telles conditions, alerter l'opinion sur une maladie qui, somme toute, reste circonscrite à quelques régions, et surtout n'atteint que rarement les Européens, c'est aller contre l'intérêt bien compris de la colonisation. Ainsi, le premier ressort des Pastoriens en Afrique Noire réside dans une passable indifférence à l'égard des intérêts immédiats de la colonisation. Par le

prestige et le poids politique qu'ils ont acquis en métropole, ils imposent aux autorités locales leurs manières d'examiner scrupuleusement les milieux indigènes, de ne porter des diagnostics sur l'état de santé des populations que sous bénéfice d'inventaire. Or, avec la maladie du sommeil, il ne s'agit pas seulement de comptabiliser et de soigner ses victimes, mais de déceler les lieux et les conditions favorables à son éclosion ou à son développement, de se comporter à son égard en topographe, en entomologiste (répartition des gîtes à glossines) et plus généralement en épidémiologiste qui se défie des fausses apparences et poursuit l'« hypnosie » (8) dans ses tours et ses détours, y compris là où l'on prétend qu'elle n'a jamais pénétré.

L'Institut Pasteur, qui dirige, avec l'aval du ministère des Colonies, les missions en A.O.F. et en A.E.F., réalise une double opération. Non seulement il prend ses distances par rapport aux préoccupations des administrations coloniales locales, mais en outre il déborde celles-ci en « pénétrant » à son tour les milieux indigènes ; ces Pastoriens missionnaires, après bien des acteurs de la conquête coloniale (les commerçants, les prêtres, les militaires, les administrateurs), découvrent l'Afrique, mais d'une certaine manière ils font mieux ou davantage que leurs prédécesseurs ou leurs rivaux. Se saisissant d'une endémo-épidémie qui ne peut véritablement s'observer et s'étudier qu'en grandeur réelle, ils s'imposent d'emblée comme des hommes de terrain qui savent troquer la blouse du laboratoire contre la tenue du parfait « broussard ». Par eux, l'empire africain devient un laboratoire *in situ* et ne saurait être « authentiquement » colonisé (c'est-à-dire, selon les mots de l'époque, civilisé et mis en valeur) sans faire l'objet d'une « pastorisation » préalable, sans être débarrassé de ses fléaux à parasites et à vecteurs. Et si la maladie du sommeil devient le parangon des fléaux à combattre, c'est qu'en dépit de sa complexité (sur laquelle la recherche biomédicale, comme on l'a dit, piétine toujours), elle permet aux Pastoriens d'avancer les meilleurs arguments d'autorité. A l'état endémique, la trypanosomiase ne constitue certes pas un problème majeur de santé publique ; cependant, considérée sous ses aspects insidieux d'épidémies pouvant surgir n'importe

(8) Autre nom donné à cette époque à la maladie du sommeil. On désigne également les lieux de ségrégation destinés aux « sommeilleux » hypnoseries.

où et n'importe quand, décimant les populations et cumulant parfois ses propres destructions avec celles des trypanosomiases animales (9), elle s'impose comme la plus gravissime des pathologies africaines, capable de compromettre, si l'on n'y prend garde, la bonne marche de l'entreprise coloniale.

Les Pastoriens deviennent donc en quelques années experts en maladie du sommeil, acquièrent par là même une position de force sur le terrain politique et en l'occurrence émettent des avis éclairés sur la meilleure façon de coloniser l'Afrique Noire. La revue et la Société de Pathologie Exotique (fondées toutes deux en 1908) illustrent cette conjonction stratégique. D'un côté, la revue, qui vient doubler les prestigieuses *Annales de l'Institut Pasteur*, est le passage obligé (10) où s'accumulent les articles sur la maladie du sommeil (sur les glossines, les parasites, ses aspects cliniques, sa thérapeutique, etc.), de l'autre, la Société s'institue en conseillère du politique, du ministère des Colonies, et organise des commissions pour focaliser l'attention sur le danger trypanique.

Jusqu'aux débuts des années 1920, les Pastoriens ne pourront guère améliorer leur position et resteront au rang de simples observateurs vigilants ; survient la Première Guerre mondiale qui détourne problèmes et enjeux coloniaux sur d'autres fronts et mobilise notamment les Pastoriens sur de tout autres théâtres d'opérations. Toutefois, certains d'entre eux et non des moindres, comme E. Jamot qui s'illustra quelque temps plus tard dans la lutte « anti-sommeilleuse », affrontent les Allemands dans l'une de leurs colonies africaines, le Cameroun ; cet étrange et dramatique déplacement du conflit franco-allemand en terre africaine (des populations indigènes doivent épouser le nationalisme des belligérants et s'affronter à cette occasion) est intéressant pour notre propos, car il semble avoir été l'une des principales causes de l'expansion de la trypanosomiase dans cette colonie.

(9) Bien que celles-ci ressortissent au même modèle étiologique, les types de glossine et les types de trypanosome en jeu sont différents de ceux qui interviennent dans la maladie du sommeil ; toutefois, l'hétérogénéité des trypanosomiases humaines et animales n'est pas totale et des liens peuvent exister entre l'épidémiologie des unes et celle des autres.

(10) Ainsi que les *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*.

Mais après la guerre, des données nouvelles vont converger et fournir aux Pastoriens les moyens de jouer enfin leur rôle, de déployer une stratégie d'envergure contre la maladie du sommeil, d'être omniprésents et dans une certaine mesure omnipotents au sein de la société coloniale. La guerre, comme on le sait, fut une véritable saignée et, au vide démographique qu'elle entraîne, commence à s'ajouter une chute de la natalité (provoquée aussi bien par les morts de 1914-1918 que par un changement de mentalité allant vers une réduction de la fécondité). Curieuse situation pour l'une des plus grandes puissances mondiales qui se trouve confrontée au déclin de sa population. Reste « heureusement », pour la République, l'empire colonial où elle peut compenser les pertes démographiques en métropole par une revendication et un étalage de ses forces vives sous les Tropiques. Mais dans cet empire, et particulièrement en Afrique Noire, qu'on investit idéalement d'espoir et de désir de grandeur, la situation démographique n'est guère brillante. Les territoires sont dans l'ensemble très peu peuplés, et s'ils connaissent, à l'inverse de la métropole, un fort taux de natalité, celui-ci est nettement contrebalancé par une morbidité et une mortalité croissantes.

Les autorités françaises songent dès lors à modifier la politique sanitaire qui avait été menée jusqu'à présent (politique au reste pourvue de très faibles moyens), et à l'orienter vers une médecine préventive et sociale. Elles ne se satisfont plus désormais de cette médecine de consultations individuelles qui était censée mesurer l'évolution de la « mentalité indigène » et affirment hautement la nécessité de recourir à des stratégies offensives, notamment de développer la médecine mobile (c'est-à-dire des équipes sanitaires pénétrant les milieux indigènes). Une circulaire ministérielle de 1924 énonce la nouvelle doctrine en ces termes : « Il faut développer les races indigènes en qualité et en quantité. L'assistance médicale individuelle curative doit céder le pas à la médecine préventive et sociale, seule capable d'enrayer le développement des endémo-épidémies et d'assurer le développement des populations ». « Faire du Noir » (ou « faire du nègre », tels étaient les mots d'ordre de l'époque) implique donc de s'attaquer en priorité aux endémo-épidémies. Or, la fin des hostilités, qui marque le début de la mise en valeur effective des territoires africains, fait découvrir en même temps l'ampleur des fléaux épidémiques, et particulièrement l'extension de la maladie du sommeil. Les Pastoriens n'ont donc plus

besoin de forcer les choses, car ce qu'ils avaient annoncé avant la guerre se réalise presque au-delà de leurs prédictions. Au plan des conceptions sanitaires comme à celui des urgences médicales sur le terrain, ils ont toute légitimité pour agir pleinement et être à l'avant-garde d'une « mission civilisatrice » qui passe d'abord par l'éradication des fléaux.

La mise en action des Pastoriens va cependant connaître plusieurs phases où tour à tour ils se hisseront au premier plan de la scène coloniale (ce qui leur vaudra la célébrité jusqu'en métropole), puis se heurteront vivement aux administrations locales, perdant ainsi quelque peu du terrain, pour retrouver une place de choix jusqu'aux alentours des années 1940.

Le premier tableau s'ouvre en A.E.F. et au Cameroun. Déjà, avant la guerre, l'Afrique Equatoriale Française (qui correspond aujourd'hui aux actuels Gabon, Congo-Brazzaville et République Centrafricaine) était réputée receler les plus dangereux foyers de trypanosomiase de toutes les possessions françaises en Afrique Noire. Son dense réseau hydrographique, et particulièrement l'important « couloir du Congo », infesté de gîtes à glossines, servait de cadre explicatif au développement de tels complexes pathogènes. L'Institut Pasteur, fondé en 1909 à Brazzaville, à la suite des missions de Roubaud, Martin et Lebœuf, se spécialisa d'emblée dans l'étude de la maladie du sommeil, et bon nombre d'illustres Pastoriens y firent leurs classes de « trypanologues ». Si, à cette époque, ces derniers s'employaient à lutter contre la maladie du sommeil, notamment à tester les premiers trypanicides (11), aucune entreprise d'envergure ne fut, faute de moyens, être tentée jusqu'à la fin de la guerre. C'est à partir des années vingt, conséutivement aux nouvelles consignes sanitaires (et donc à l'obtention de personnels et de crédits accrus), que l'A.E.F., suivant les directives des Pastoriens de Brazzaville, est organisée en secteurs de lutte contre la maladie du sommeil dont le nombre atteindra exactement vingt-huit en 1930. Ainsi une nouvelle administration vient doubler les administrations locales existantes et les Pastoriens (qui sont pour la plupart des médecins militaires), faisant fi des particularismes et des pesanteurs de chaque colonie, flanqués d'une cohorte d'agents sanitaires et d'infirmiers indigènes, traquent en tout point des territoires

(11) Trypanicides mis au point, principalement, par le rival allemand de Pasteur, Robert Koch.

de l'A.E.F. le fléau trypanique. Pour cette entreprise, qui se définit elle-même comme une véritable guerre à outrance, ils obtiennent du reste la création en 1927 d'un service spécial de lutte contre la maladie du sommeil, service qui leur permet de n'avoir aucun compte à rendre aux autorités locales et de recevoir directement leurs subsides du ministère des Colonies.

Une telle prise de pouvoir n'a bien évidemment été possible que par la révélation d'une situation épidémiologique tout à fait gravissime ; observée quelque vingt ans plus tôt par la mission de Roubaud, Martin et Lebœuf, la trypanosomiase n'a cessé de multiplier ses foyers et de répandre sur ses parcours imprévisibles le « sommeil » et la mort ; s'il faut en croire (12) l'argument démographique développé par les Pastoriens, c'est par centaines de milliers, voire par millions que l'on doit compter en A.E.F. le nombre de décès dus à la maladie du sommeil. Mais surtout, au-delà de cet argument déjà suffisamment éloquent, ils en développent un second, qu'on pourrait qualifier de sociologique, qui est presque indicible pour l'époque et qui consiste brièvement en ceci : c'est la colonisation en tant qu'ensemble d'opérations militaires, d'ouvertures de voies de communication et d'échange, de brassages de populations qui est responsable du développement exceptionnel de la maladie du sommeil. Ainsi, les Pastoriens sont d'autant mieux fondés à déployer leur stratégie de lutte contre la plus redoutable des épidémies africaines qu'ils énoncent une grave « vérité » épidémiologique qui, pour déplaire sans doute aux autorités coloniales, n'en exige pas moins une prise de conscience pour tous ceux qui prennent au sérieux l'œuvre civilisatrice de la France.

Si l'A.E.F fut, pendant plus de dix ans (en gros de 1920 à 1932), un grand théâtre d'opérations « anti-sommeilleuses », c'est au Cameroun qu'un Pastorien s'illustra tout particulièrement et fit entrer magistralement la lutte contre la trypanosomiase dans l'épopée coloniale. Aux débuts des années vingt, les autorités françaises, mandatées par la Société des Nations pour administrer le Cameroun et se livrant à une sorte d'état des lieux, s'inquiètent de l'expansion inconsidérée de la maladie du sommeil ; outre qu'elles veulent y appliquer la nouvelle politique sanitaire désormais

(12) En croire effectivement, car les recensements sur lesquels ils s'appuient ne constituent pas des modèles d'exactitude.

en vigueur aussi bien en A.O.F. qu'en A.E.F., l'ex-colonie allemande semble faire l'objet d'enjeux politiques et symboliques importants puisque, selon les mots de l'époque, il y va de « l'honneur de la France » que de ne pas laisser ce territoire sous mandat sombrer sous les coups du fléau trypanique. C'est pourquoi elles chargent, en 1926, le médecin-capitaine Eugène Jamot (qui avait déjà acquis une sérieuse réputation en A.E.F. et dirigé l'Institut Pasteur de Brazzaville) d'organiser une vaste mission de prophylaxie. Jamais jusqu'alors, même en A.E.F., on n'avait vu une telle concentration de moyens en hommes et en matériels ; la mission dispose en effet de plus de trente médecins et auxiliaires européens, et de cent cinquante infirmiers indigènes (auxquels s'ajoutent tout un cortège de porteurs et de *boys* et tout un assemblage de matériel de laboratoire). Pendant trois ans, cette colonne sanitaire, déployée en huit équipes de choc, sillonne une bonne partie du Cameroun (principalement les régions de Yaoundé, Bafia et Douala) et dépiste en masse les trypanosomés. Les méthodes utilisées sont draconiennes ; aidées par les administrations locales, les équipes de Jamot rassemblent les populations tantôt sur leurs lieux d'habitat, tantôt en des points-carrefours où les habitants des villages environnants doivent se rendre à une date fixée (lieux où ont été aménagés, par les villageois et sous le contrôle des autorités, hangars et cases pour instaurer un minimum d'organisation hospitalière) ; puis, après avoir vérifié qu'une majorité d'« indigènes » ont obéi aux consignes des autorités (13) (en confrontant le nombre des présents aux données des recensements administratifs), elles les répartissent en plusieurs files indiennes (hommes, femmes, enfants), de manière à ce qu'ils se présentent un à un devant les médecins. La consultation est brève : il s'agit principalement de déceler par palpation la présence ou non des ganglions cervicaux (indice clinique connu depuis fort longtemps, notamment par les négriers qui refoulaient de leur trafic ceux parmi les futurs esclaves présentant de tels ganglions correspondant au premier stade de la maladie du sommeil appelé, en termes plus techniques, « phase lymphatico-sanguine »). Après quoi, les équipes se livrent à toute une série de prélèvements (des ganglions, mais aussi de sang et ponction lombaire chez les malades qui ont visible-

(13) Les équipes se satisfont d'un pourcentage de l'ordre de 60 à 70 % par rapport aux recensements officiels.

ment dépassé le premier stade) qu'ils examinent soigneusement au microscope afin d'identifier le trypanosome. Enfin, tous les cas positifs sont regroupés et font l'objet d'un premier traitement (14) tandis que les scribes de l'équipe établissent, pour chacun d'eux, une fiche sanitaire et parfois peignent un grand « T » difficilement délébile sur leur poitrine. Par la suite, aux équipes de dépistage succèdent les équipes de traitement qui dispensent les soins correspondant à la plus ou moins grande gravité de chaque cas.

C'est par ce dispositif très serré, dont l'efficacité repose en grande partie sur l'obtention d'un maximum de présents au dépistage et aux suivis de soins, que Jamot et sa troupe sanitaire réussissent, en un laps de temps finalement assez court, sinon à éradiquer la maladie du sommeil, du moins à réduire notablement le développement de ses principaux foyers épidémiques. Sur ce combat spectaculaire se fait la réputation de Jamot comme « vainqueur de la maladie du sommeil » et la démonstration (peut-être insuffisante en A.E.F) du rôle prioritaire que les Pastoriens doivent continuer à jouer dans la mise en place d'une saine société coloniale. La démonstration semble au reste d'autant plus forte que Jamot réitère sans ambages les analyses épidémiologiques qui sont formulées à peu près dans le même temps en A.E.F., à savoir que la colonisation est globalement responsable de l'expansion de la maladie du sommeil. Voici ce qu'il écrit dans un texte de 1929 : « Il existe un parallélisme évident entre la pénétration et l'occupation européenne de l'Afrique Noire et la marche de l'endémo-épidémie. En apportant dans ces pays la paix, en brisant les cloisons étanches qui séparaient autrefois les diverses tribus et qui permettaient au mal d'évoluer en vase clos, en ouvrant des voies de communication et en créant des mouvements commerciaux entre la côte et l'intérieur, en circulant avec des gardes, des porteurs et des *boys* recrutés un peu partout, en déplaçant les populations, en mélangeant des travailleurs originaires des régions saines avec d'autres provenant de zones contaminées, l'Européen a été le véritable agent de la propagation du fléau. En le combattant partout avec acharnement, les métropoles européennes ne s'acquittent donc pas seulement d'un devoir de haute humanité, mais d'une obligation de stricte justice » [5]. A un autre endroit du

(14) Les trypanicides en vigueur à l'époque sont principalement l'atoxyl et la trypersamide.

texte, il précise que la guerre franco-allemande au Cameroun (à laquelle il a lui-même participé), « par le brassage intense des populations que nécessitent les opérations militaires », a joué un rôle décisif dans la diffusion du fléau. Le propos de Jamot est tout à fait intéressant ; non seulement il énonce, en tant que praticien expérimenté, des corrélations épidémiologiques suivant lesquelles la trypanosomiase ne surgit sous forme épidémique que dans un contexte de déséquilibre social, mais en outre il s'applique à nommer très précisément l'auteur du déséquilibre, l'Européen, celui par qui la colonisation devient une affaire d'irresponsables, aussi longtemps que les méthodes pastoriennes n'ont pas rétabli l'ordre et l'harmonie en milieu indigène, aussi longtemps qu'elles n'ont pas réparé les fautes commises dans l'aveuglement de la conquête.

En dépit des réussites de Jamot au Cameroun (réussites sur lesquelles il faudra revenir avec plus de circonspection), l'autonomie institutionnelle des Pastoriens, grâce à laquelle ils étaient totalement en mesure de légiférer et de soumettre les administrations locales à leurs injonctions de « justiciers » et d'instaurateurs d'un authentique ordre colonial, fait l'objet de controverses de plus en plus vives ; et en 1932, sous la pression des administrations auprès du ministère des Colonies, il est décidé la suspension du service autonome de lutte contre la maladie du sommeil et son intégration aux services de l'A.M.I. ou de l'A.M.A. Cette décision, qui oblige les Pastoriens à reconnaître les autorités locales, à ne mener le combat contre la trypanosomiase que dans la mesure où il s'inscrit dans la politique sanitaire propre à chaque colonie (où sévissent bien d'autres endémies), concerne aussi bien l'A.O.F. que l'A.E.F. ; car un an plus tôt, en 1931, l'A.O.F. avait bénéficié du même type d'institution, à savoir l'installation à Bobo-Dioulasso (Haute-Volta) d'un service spécial de lutte contre la maladie du sommeil, qui entérinait les thèses pastoriennes suivant lesquelles cette fédération était tout autant menacée par les ravages du fléau trypanique que l'A.E.F. (même si, dans les années vingt, l'A.O.F. n'en est pas encore au stade atteint par l'A.E.F.). Ainsi, à peine créé, le service autonome de l'A.O.F. est-il, sans coup férir, supprimé. Comment expliquer un tel renversement de situation ? Sans prétendre démêler l'intrigue, on peut avancer plusieurs explications qui, malgré la force des arguments et l'efficacité des méthodes employés par les Pas-

toriens, révèlent certaines faiblesses de leur position au sein de la société coloniale.

En premier lieu, les administrations locales ne supportent guère d'être débordées par un « clan » de médecins (pour beaucoup militaires) qui tout à la fois les tient pour de simples structures d'appui, leur donne des leçons de colonisation et, comble de suffisance, porte des quasi-jugements de valeur sur la conquête européenne en en faisant la principale responsable de la propagation de la maladie du sommeil. Ensuite, ces administrations estiment ne pas devoir attendre la fin de la pastorisation de la société coloniale, et en particulier l'éradication totale de la trypanosomiase, pour mettre en valeur les territoires dont elles ont la charge. Or les méthodes prophylactiques utilisées sont telles qu'elles empêchent ou compromettent la poursuite de l'action dans le domaine économique, perturbent les transferts de main-d'œuvre et, plus globalement, viennent troubler le processus de planification et de spécialisation de chaque colonie (planification et spécialisation en matière essentiellement agricole : arachide, coton, café, cacao, etc.) qui est en cours depuis la fin de la crise économique mondiale (15).

Enfin elles avancent des contre-arguments sur le terrain même où les Pastoriens se croient inattaquables, à savoir sur celui de la maladie du sommeil. D'une part, compte tenu des impératifs de médecine sociale et préventive, les autorités coloniales reprochent aux Pastoriens de ne pas faire véritablement leur travail, de négliger les autres endémies qui, à leurs yeux, sont tout autant responsables de la mauvaise santé des populations indigènes que la maladie du sommeil ; mieux, elles suspectent les Pastoriens d'en faire trop en matière de trypanosomiase, en l'occurrence de ne pas se contenter d'éradiquer les foyers épidémiques, mais de l'ériger en menace pouvant atteindre toutes les régions et tous les territoires français en Afrique pour éviter de devoir dépendre des A.M.I. locales et pour faire cavaliers seuls dans un combat où ils peuvent tout à la fois soumettre les possessions françaises à leurs méthodes prophylactiques et en retirer les meilleures des gratifications. D'autre part, les autorités émettent quelques critiques à l'égard précisément

(15) C'est en 1932 (date de suppression des services autonomes de lutte contre la maladie du sommeil) qu'Albert Sarraut, pour la seconde fois ministre des Colonies (il l'avait déjà été entre 1920 et 1924), organise la planification des colonies.

des méthodes utilisées : elles estiment qu'en exigeant la présence obligatoire des populations aux convocations des équipes sanitaires, notamment en des régions où la maladie du sommeil n'évolue qu'à l'état endémique, les Pastoriens suscitent des problèmes qui n'améliorent pas, contrairement au désir de justice qu'ils affichent, les relations entre l'administration et les colonisés ; et ce d'autant plus que la thérapeutique qu'ils emploient pour soigner les trypanosomés n'est pas totalement fiable et provoque assez souvent des accidents iatrogènes.

Bref, en ces temps où l'empire colonial devient un enjeu économique important, où, suivant l'expression d'Albert Sarraut, la métropole devait élaborer avec ses possessions d'outre-mer une « stratégie d'autarcie » (16), le combat des Pastoriens contre la maladie du sommeil et les arguments qu'ils développent pour la légitimer paraissent de plus en plus gênants : car si ces Pastoriens semblent d'une certaine manière incarner l'idéal colonial, la réalité épidémiologique qu'ils affrontent et la manière dont ils en rendent compte conduisent à suspendre toute action de mise en valeur ou à soumettre toute activité à leur contrôle préalable.

Apparemment mis en échec par les impératifs de la politique coloniale, les Pastoriens n'en continuent pas moins à surveiller le développement de la maladie du sommeil. E. Jamot, passé maître en épidémiologie trypanique, accomplit une nouvelle mission entre 1932 et 1935 et parcourt toute l'A.O.F., le Sénégal, le Soudan, la Côte-d'Ivoire, la Haute-Volta, le Dahomey, le Niger ; fort de l'inventaire qu'il dresse des foyers ou des risques de foyer, il annonce tous les dangers que représente la trypanosomiase pour la Fédération. C'est durant cette longue campagne de prospection, et nourri de ses expériences en A.E.F. et au Cameroun, que Jamot élabore sa doctrine définitive de lutte contre la maladie du sommeil ; doctrine, pour dire les choses brièvement, qui énonce des règles et des méthodes scrupuleuses pour réduire le parasite en circulation et qui porte presque exclu-

(16) Albert Sarraut définit le « système d'autarcie » ainsi : « Intensifier la production coloniale et les échanges avec la métropole, c'est-à-dire (...) établir un régime privilégié permettant à la métropole à la fois d'écouler aux colonies ses produits fabriqués et d'absorber la production coloniale ». Voir à ce sujet [9].

sivement (17) sur le seul élément maîtrisable de la chaîne de transmission ou sur ce que l'on appelait à l'époque « le réservoir à virus », c'est-à-dire l'homme qui est certes victime de la maladie du sommeil, mais aussi un agent involontaire de sa diffusion, un « porteur de germes » susceptible de contaminer à son tour les « tsés-tsés ». Cette doctrine implique donc un quadrillage systématique des milieux indigènes, l'appui inconditionnel des autorités administratives pour qu'ils ne puissent se dérober aux dépistages des équipes mobiles, une surveillance étroite des mouvements de populations afin d'éviter que les régions à forte densité épidémique ne viennent infester les zones indemnes ou simplement endémiques : Jamot conçoit ainsi l'établissement de passeports sanitaires et de barrages de contrôle ; autant de mesures qui font de l'action « anti-sommeilleuse » une entreprise d'hygiénisme généralisé où semble se jouer l'édification d'une société coloniale digne de ce nom. Car si la trypanosomiase, par sa gravité, requiert de telles méthodes draconiennes, celles-ci, en permettant une présence maximum d'« indigènes », rendent du même coup possible le dépistage d'autres maladies transmissibles (la lèpre, le pian, la syphilis, la tuberculose, etc.) et l'instauration d'une véritable administration des populations indigènes. La lutte contre la trypanosomiase et plus généralement les nécessités de la santé publique exigent que soient réalisées avec le plus grand soin des enquêtes de recensement et leur mise à jour régulière, et que la morbidité préside à l'élaboration des registres d'état civil. Jamais la démarche pastorienne n'avait atteint un tel degré de précision épidémiologique et d'exigences administratives, jamais elle n'avait autant affiché sa volonté de légitimer la société coloniale.

En fait, cette doctrine est une véritable leçon de colonisation. Jamot interpelle les pouvoirs en place pour qu'ils remplissent effectivement leurs fonctions d'autorité, pour que leurs administrations démontrent enfin leur efficience - les cantons, les subdivisions, les cercles, les chefferies indigènes comme les commandements français - en mobilisant et en fichant les populations dont elles ont la charge. Parasites et vecteurs s'en sont donné « à cœur joie » par suite des

(17) La doctrine propose aussi une « prophylaxie agronomique », c'est-à-dire le débroussaillage des villages et de leurs alentours pour diminuer la quantité de gîtes à glossines, mais cette méthode est très secondaire au regard du dépistage des trypanosomés.

déséquilibres créés par le conquérant européen, mais ils ne sauraient perpétuer leurs méfaits dès lors que règne l'ordre social et fonctionne la machine administrative.

Cette leçon qu'il donne à un tournant de l'histoire coloniale où les intérêts économiques priment sur tout autre, Jamot en paiera le prix. « Le vainqueur de la maladie du sommeil » au Cameroun, épuisé par ses longues tournées en brousse et de plus en plus indésirable en terre africaine, rentre quelque peu amer au pays et meurt deux ans plus tard, exactement en 1937. Il connaît cependant une victoire posthume puisqu'en 1939 le ministère des Colonies revient sur sa décision antérieure en autorisant la création d'un service autonome de lutte contre la maladie du sommeil en A.O.F. (installé à Bobo-Dioulasso). On peut s'étonner d'un tel changement d'attitude, compte tenu des priorités qui avaient été définies au début des années trente où nul, pas même un grand Pastorien, ne pouvait contrarier la mise en valeur des colonies. En fait, les constats et les prédictions de Jamot se sont révélés justes ; durant ces années, les foyers de trypanosomiase se sont multipliés dans presque tous les territoires français (probablement aussi dans les colonies des autres puissances européennes), y compris dans des colonies comme la Côte-d'Ivoire (18) où, jusqu'alors, les services sanitaires semblaient satisfaits de n'observer que quelques cas de maladie du sommeil, mais dont la mise en valeur, notamment l'ouverture de nombreux chantiers (routes, chemins de fer, chantiers forestiers), l'émergence d'une économie de plantation (fondée sur le café et le cacao), avec son cortège de mouvements de populations, particulièrement de migrations en provenance de Haute-Volta (où sévissaient déjà des foyers importants), paraît favoriser le développement d'épidémies trypaniques.

Le retour aux préceptes de Jamot est donc à la mesure de ces nouvelles corrélations entre mise en valeur économique et extension de la maladie du sommeil. Encore faut-il ajouter que la période où ces préceptes vont pouvoir enfin être appliqués à la lettre correspond exactement à celle de la Seconde Guerre mondiale puisqu'en 1944, comme on va le voir, le service autonome de la maladie du sommeil est supprimé et remplacé par un nouvel organisme, le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (S.G.H.M.P.) dont les objectifs et les méthodes s'inspirent de la doctrine

(18) Voir à ce sujet [2].

de Jamot tout en s'appliquant plus systématiquement à d'autres endémo-épidémies que la maladie du sommeil (polyvalence contre la monovalence du précédent service). Doit-on penser que la lutte anti-sommeilleuse a bénéficié d'une situation où les grandes orientations économiques des années trente ne pouvaient plus être menées à bien, voire d'une attitude plus compréhensive de la part du régime de Vichy ? Bien qu'il y ait là une convergence frappante, le cours des événements apporte quelques nuances puisque celui qui prend la tête « du service autonome » en 1939, le médecin-colonel G. Muraz (autre figure célèbre de la lutte antitrypanique et qui s'illustra quelques années plus tôt dans la mise en place des secteurs prophylactiques en A.E.F.), est congédié trois ans plus tard, alors que le travail déjà accompli dans presque tous les territoires de l'A.O.F. paraissait digne d'éloge et, à l'instar de celui de Jamot au Cameroun, semblait constituer l'un des grands épisodes de l'épopée pastoriennne en Afrique Noire. Affaire de personne ou de choix politique, le départ de Muraz ne remet pas pour autant en question l'existence du Service dont les activités se poursuivent jusqu'en 1945. Cette date, qui marque la fin de la guerre, ouvre simultanément une nouvelle période pour les territoires coloniaux, et c'est à l'occasion de la conférence de Brazzaville (1944), où le général de Gaulle bannit la notion de colonie pour lui substituer celle de territoire doté d'une relative autonomie (avec une reconnaissance d'expressions syndicales et politiques africaines), que le médecin général inspecteur Vaucel propose, en remplacement du Service Autonome, un organisme polyvalent (le S.G.H.M.P.) qui, tout en gardant son caractère fédératif et ses pratiques de dépistage en équipes mobiles, ne devra plus par principe privilégier la maladie du sommeil, mais s'appliquer à lutter aussi contre la lèpre, les tréponématoses (pian, syphilis), l'onchocercose, le paludisme, etc. Remplacement en A.O.F. et création en A.E.F. puisque cette fédération a perdu son service autonome depuis 1932.

Ce nouvel épisode de l'histoire pastoriennne en Afrique Noire mérite un bref commentaire. L'instauration du S.G.H.M.P. entérine d'une certaine manière les critiques qui depuis fort longtemps ont été adressées aux « héros » de la lutte anti-sommeilleuse (Jamot, Muraz, etc.), dont l'action semble avoir ignoré les problèmes plus généraux de santé publique et fait de la trypanosomiase « une maladie de luxe ». Mais, par ailleurs, elle consacre les acquis des Pasto-

riens en matière institutionnelle et financière : le S.G.H.M.P. est autonome, intervient sans considération de frontière territoriale, et de surcroît applique aux autres endémies les grandes lignes de la lutte anti-sommeilleuse, faisant ainsi et toujours de la trypanosomiase le modèle ou l'épreuve obligée de toute action prophylactique. C'est pourquoi les polémiques et les conflits qui avaient cours avant la guerre entre l'administration coloniale, les services de santé (A.M.I.) d'une part, et les spécialistes de la lutte contre la maladie du sommeil d'autre part, vont se perpétuer dans les années 1940-1950 en dépit des tentatives répétées de conciliation de la part des autorités métropolitaines. Toutefois, ces conflits, quelque peu ritualisés, perdent de leur teneur au regard des problèmes que rencontrent les responsables sanitaires avec la libéralisation du régime colonial. En effet, la conception de Jamot et de ses émules, selon laquelle l'éradication des grands fléaux dépendait d'une méthode draconienne de contrôle des populations, n'est plus véritablement de mise. Du point de vue précisément de ces populations et parfois de ceux qui les représentent dans les syndicats et les partis, les contrôles sanitaires participent d'une situation coloniale désormais caduque ou en voie de profondes transformations ; notamment ceux destinés à la « trypano » (selon l'expression utilisée par les populations pour désigner davantage les équipes de soins qui viennent les visiter que la maladie elle-même) qui font l'objet d'un désintérêt, voire d'une résistance de la part des populations (résistance qui s'était parfois manifestée avant la guerre), étant assimilés par elles aux diverses contraintes que leur imposait le pouvoir colonial (travail forcé, impôt, etc). Même les campagnes de vaccination (variole, fièvre jaune) ne parviennent plus à leurs fins, s'identifiant elles aussi à un passé révolu. En d'autres termes, ce qui était au centre de la doctrine Jamot, à savoir la « stérilisation du réservoir à virus » et, partant, l'exigence d'une présence maximale des populations aux dépistages, ne peut plus s'appliquer efficacement. Certes, nous ne sommes plus dans les sombres années 1920-1930 et les méthodes de lutte ont sans conteste produit leurs effets en réduisant de nombreux foyers trypaniques ; mais la menace est toujours présente et dans certaines régions, particulièrement en A.E.F., on observe un retour en force de la maladie du sommeil. C'est ainsi que, faute de pouvoir atteindre les « porteurs de germes », les responsables de la santé publique décident d'orienter la recherche et les méthodes de lutte sur

un élément quelque peu délaissé de la chaîne de transmission, sur l'insecte vecteur de la maladie du sommeil, à savoir la mouche tsé-tsé (19). Ce tournant scientifique est tout à fait intéressant ; il révèle en effet rétroactivement certaines carences de la démarche antérieure. Voici ce que disait déjà le médecin-colonel Lefrou dans un rapport d'inspection en 1938 : « Il n'est pas inutile de spécifier que tout ce que nous savons des glossines en Afrique Française remonte aux travaux de la mission Bouët-Roubaud en 1909 pour l'A.O.F., et de la mission de Roubaud-Lebœuf-Martin en 1906 pour l'A.E.F. Depuis, il n'y a plus eu aucun travail colonial français et il faut se reporter à des travaux étrangers, notamment aux Anglais qui ont installé en Gold-Coast et au Nigéria des centres de la maladie du sommeil avec tous les spécialistes voulus. Vraiment, notre réputation scientifique est en jeu et nous devons aussi apporter notre contribution à la connaissance de ces insectes, fléaux de l'Afrique » (cf. [1]). Lefrou, bien que Pastorien lui aussi (il fut assez critique à l'égard de Jamot - auquel il succéda à la tête de l'Institut Pasteur de Brazzaville -, notamment sur la question du traitement thérapeutique préconisé par ce dernier qu'il jugeait dangereux pour les trypanosomés), dit très clairement que la recherche a fait défaut durant toutes ces années d'expansion galopante de la maladie du sommeil, comme si les méthodes de lutte conçues par Jamot n'étaient pas liées (les rendant de ce fait révisables) à des investigations inédites ou plus précises sur l'étiologie de la trypanosomiase et dépendaient uniquement du contexte politico-administratif. La relance, ou plutôt la création de l'entomologie médicale après la guerre (la Seconde Guerre mondiale a « permis » d'inventer et d'expérimenter des produits chimiques susceptibles de détruire des insectes) tout à la fois comble un manque en matière de connaissance trypanologique et répond à la nouvelle situation socio-politique. C'est l'Office de la recherche coloniale (créé dès 1943), devenu quelques années plus tard l'Office de la recherche scientifique (actuel O.R.S.T.O.M.) qui va développer les études en matière entomologique (sur les vecteurs de la trypanosomiase mais aussi sur ceux du paludisme, de l'onchocercose, etc.) et avoir en charge la formation des

(19) Cette décision fut prise à l'occasion d'une conférence qui s'est tenue à Brazzaville en février 1948 et qui institua un comité scientifique international chargé de patronner les recherches sur les tsés-tsés et la trypanosomiase.

Pastoriens exerçant en Afrique Noire dans cette discipline. Mais cette ouverture scientifique sanctionne en fait le déclin de leur interventionnisme et de leur capacité législatrice ; la leçon, qu'ils prétendaient donner aux autorités coloniales, n'a plus de raison d'être, l'autonomie des territoires impliquant progressivement le passage du pouvoir aux représentants et aux leaders politiques de chacun d'eux. Avec le vote de la loi-cadre en 1957, le S.G.H.M.P. devient le Service commun de lutte contre les endémies, changement de nom qui traduit en réalité une nette régression de sa légitimité à agir au niveau fédéral. Chaque territoire, puis chaque Etat indépendant (1960) organise comme il se doit ses propres services de santé - dont du reste un service national des grandes endémies (confié jusqu'à une date encore récente à des médecins militaires français). Se maintiendra toutefois un organisme de coordination entre les Etats des deux ex-fédérations (O.C.C.G.E. pour l'ex-A.O.F. et l'O.C.E.A.C. pour l'ex-A.E.F.), qui, sans avoir les prérogatives du S.G.H.M.P. et surtout du Service autonome de lutte contre la maladie du sommeil, pourra en cas de péril épidémique intervenir sans considération de frontières (20).

Ce récit, dont on se gardera de dire qu'il couvre l'histoire de la maladie du sommeil dans les colonies ou territoires français d'Afrique Noire et relate tous les enjeux et toutes les intrigues qui ont sous-tendu certains de ses épisodes, mérite un bref épilogue. La « trypano » et les noms prestigieux qui lui sont associés, Jamot, Muraz, etc., participent désormais d'une tradition qui tout à la fois commémore les temps héroïques de la lutte anti-sommeilleuse, loue le dévouement des « grands anciens » (21) (dévouement qui paraît contraster avec les insuffisances ou les carences des systèmes de santé actuels), et continue à faire de la trypanosomiase une sorte de passage obligé pour toute investigation épidémiologique en Afrique Noire. Tandis que surgissent toujours, ici et là, des flamblées trypaniques, la maladie du sommeil conserve, malgré de notables progrès dans le domaine entomologique et thérapeutique, son caractère énigmatique : jamais complètement éradiquée, elle peut rester à l'état hypo-endémique, mais tout aussi bien évoluer « à

(20) Organisme où la France figure au titre d'Etat membre permanent.

(21) Ainsi nomme-t-on chez les médecins tropicalistes, en particulier chez les médecins militaires, Jamot, Muraz, etc. Voir à ce sujet l'ouvrage exemplaire de Lapeysonnie [6].

bas bruit » et générer soudainement des formes épidémiques. C'est pourquoi elle force le commentaire et entraîne médecins et chercheurs à découvrir ses foyers et à en comprendre les conditions de formation (22). Mais c'est pourquoi également les méthodes que les Pastoriens ont conçues et appliquées durant la période coloniale représentent un modèle inimitable et d'autant plus fascinant qu'il reposait sur un savoir biomédical relativement élémentaire, comme si quelque chose avait été perdu depuis, sans doute cette capacité à faire entendre la gravité du péril trypanique et à pouvoir pénétrer et contrôler les milieux indigènes.

Il reste à mieux comprendre ce qu'a signifié, au-delà de ses traductions biomédicales et de ses réalités épidémiologiques, la place ou le rôle particulier de la « trypano » (cette abréviation nommant tout à la fois la maladie du sommeil et la lutte qui fut entreprise contre elle) dans le contexte colonial français.

Il convient tout d'abord de préciser que ce que d'aucuns ont appelé « l'œuvre des Pastoriens en Afrique Noire » ne se limite bien évidemment pas à la maladie du sommeil. Ces derniers ont travaillé et sont intervenus sur bien d'autres endémies ou épidémies, en particulier sur la peste au Sénégal (qui y fut, semble-t-il, importée à la fin du siècle dernier), la lèpre (il fut créé en 1931 à Bamako un Institut central de la lèpre, organisme à la fois scientifique et hospitalier plus connu sous le nom d'Institut Marchoux, illustre Pastorien qui étudia notamment la fièvre jaune et les amibiases), la fièvre jaune (la mise au point, aux débuts des années trente, du vaccin anti-amaril constitua sans doute la plus belle réussite des Pastoriens) (23). Pourtant, aucune de ces pathologies tropicales n'occupa la place de la trypanosomiase et ne suscita autant de commentaires et autant de polémiques. De prime abord, des raisons objectives expliquent la position singulière de la trypanosomiase ; affection à évolution, dans la plupart des cas, mortelle, elle a le redoutable privilège de briser, dans des conditions particulières, ses cadres endémi-

(22) Se développe aujourd'hui une épidémiologie tropicale qui a recours aux sciences humaines, principalement à la géographie, et qui s'efforce de saisir la manière dont les hommes et les sociétés secrètent leurs propres endémo-épidémies. Les travaux, à l'O.R.S.T.O.M., de J.-P. Hervouet et F. Paris sur l'onchocercose et la trypanosomiase en fournissent une illustration exemplaire.

(23) Le vaccin contre la fièvre jaune est, parmi les vaccins tropicaux, le plus sûr et le plus durable (dix ans au moins d'immunité).

ques et de se métamorphoser en épidémies dévastatrices. Si l'Afrique Noire n'a certainement pas attendu d'être soumise à l'Occident pour connaître de semblables épidémies, la colonisation paraît les avoir exceptionnellement favorisées puisque du Sénégal au Congo, en zone sahélienne comme en région forestière (il en est de même pour les colonies anglaises et belges), les foyers trypaniques s'embrasent et se diffusent dans le sillage des conquêtes ou dans le même temps des mises en valeur économiques. Mais en utilisant cet argument épidémiologique (avancé, comme on l'a vu, par les Pastoriens eux-mêmes), sans doute approche-t-on ce qui a fait toute la particularité de la maladie du sommeil en Afrique Noire, mais suivant des raisons dont l'objectivité mêle étroitement le réel et la métaphore. Car, faute de séries causales précises (qui permettraient de comprendre dans le détail et dans le réel les mécanismes amplifiés de la transmission), les corrélations établies (24) entre les transformations de tous ordres (écologiques, socio-économiques, etc.) provoquées par la colonisation et le développement de la trypanosomiase font de celui-ci une manière de réponse à la situation instaurée par le conquérant européen ; ce développement devient le signe patent d'une crise au sein des sociétés colonisées et ramasse les sens de leurs divers déséquilibres. Mais il semble pouvoir signifier davantage en faisant retour sur ceux qui l'ont provoqué et venir menacer l'ordre colonial à peine institué ; tandis que les autorités prétendent mettre au travail les populations indigènes, voici qu'un étrange fléau vient compromettre leurs velléités en installant un peu partout la somnolence et la mort. Tel est le carrefour de sens où s'imbriquent le réel et la métaphore, où la maladie du sommeil veut tout à la fois dire maladie parasitaire et maladie de la colonisation ; et la force ou le ressort des Pastoriens consiste précisément à se tenir à cette croisée des chemins, mieux, à en formuler les directions. Comme on l'a vu, ce sont eux qui osent dire que l'Européen est responsable de l'extension de la maladie du sommeil et qu'il serait véritablement coupable si les autorités ne leur permettaient pas d'intervenir efficacement pour l'éradiquer ; et à cette posture de redresseurs de torts ils ajoutent celle du réalisme : à quoi bon vouloir mettre en valeur les colonies si les indi-

(24) Depuis les Pastoriens, l'épidémiologie historique anglaise a établi pour les colonies britanniques en Afrique Noire de semblables corrélations. Cf. [3].

gènes tombent en masse sous les coups du trypanosome ? En jouant sur le registre de l'éthique et de la politique, ils s'imposent comme les meilleurs des colonisateurs et forcent les administrations locales à leur laisser la place, à produire avant toute autre considération une saine société coloniale. Mais à trop vouloir s'imposer, à trop vouloir faire de la trypanosomiase l'unique enjeu de toute politique sanitaire, voire de toute politique coloniale en général, ils ont éprouvé les limites de leurs arguments et subissent eux-mêmes l'épreuve de l'interrogation sur la validité et le sens de leur action prophylactique. Car, au-delà des intrigues, des rivalités de personnes ou de services, des aléas de la vie politique en métropole et des changements de conception dans la manière de gérer les colonies (qui peuvent expliquer les atermoiements et les décisions contradictoires vis-à-vis de la lutte anti-sommeilleuse prônée par les Pastoriens), le doute et le scepticisme ont surgi à l'égard d'un discours épidémiologique qui, pour s'appuyer sur des réalités tangibles (le dépistage des trypanosomés), n'en fonctionne pas moins comme un système de croyances. Croyances, en effet, les figures de style ou les images avec lesquelles les Pastoriens rendent compte des modalités de diffusion de la maladie du sommeil et dont la force de persuasion consiste à montrer le caractère insidieux du fléau ; les apparences, disent-ils, sont trompeuses : alors qu'elle semble inexistante ou à l'état simplement endémique, la trypanosomiase prépare, « tel un feu sous la cendre », ses flambées meurtrières. Elle est capable, ajoutent-ils, de toutes les ruses, de déjouer l'attention des populations et surtout celle des services sanitaires qui se croient à l'abri de ses attaques brutales parce qu'ils ne rencontrent ou dénombrent que quelques sommeilleux ; erreur sans doute de services inexpérimentés ou qui ne savent pas que, compte tenu des troubles provoqués par la colonisation, toutes les régions ou presque doivent être tenues pour suspectes et qu'il est nécessaire de traquer le fléau dans l'œuf. Bien que cette rhétorique soit parfaitement légitime (témoignant d'une expérience et d'une conviction quant à la gravité du péril trypanique), elle produit des excès de sens qui enferment le propos épidémiologique dans le cercle de la métaphore. Tout se passe comme si la maladie du sommeil, dont l'origine pourtant ressortit au même modèle étiologique que beaucoup d'autres maladies parasitaires (vecteurs, parasite, hôte), était dotée d'une capacité supplémentaire à masquer son évolution, à se fondre discrètement et opportu-

nément dans les milieux indigènes dès lors que ceux-ci présentent des signes d'affaiblissement et de déséquilibres. Tel est tout à la fois son secret, sa singularité et sa force ; et pour circonvenir le fléau, nul besoin de recherches savantes, bien plutôt l'établissement d'une stratégie qui joue la force contre la force et qui s'approprie à son tour les milieux indigènes pour le débusquer là où il accomplit ses basses besognes, dans ses réservoirs humains, victimes et complices à la fois de son expansion. La stratégie de lutte boucle le cercle de la métaphore ; les dispositifs paramilitaires, les mesures administratives préconisés par les Pastoriens prennent en quelque sorte le même chemin que la maladie du sommeil. Ils s'attaquent aux désordres et aux faiblesses de la société coloniale, c'est-à-dire à toutes ces « causes » qui font de la « trypano » autre chose qu'une simple maladie parasitaire à vecteur, autre chose qu'un problème médical ; et dissipent le fléau en établissant l'ordre et les règles qui manquent à cette société,

Tandis qu'ils prétendent parler et agir au nom du réalisme et de l'efficacité, les Pastoriens font l'objet de critiques d'où ressort, sur le ton de l'incrédulité, un rappel à l'ordre des réalités. Comment peut-on faire croire au caractère unique de la trypanosomiase, l'investir d'autant de représentations et de significations alors que les populations indigènes sont victimes de bien d'autres endémo-épidémies ? Dira-t-on que, parce qu'elles sont moins spectaculaires que le paludisme, les tréponématoses (pian, syphilis), l'onchocercose et autres tuberculose, malnutrition, etc., ne prennent pas une part importante dans la morbidité et la mortalité générales ? Et, quitte à utiliser l'argument suivant lequel la colonisation est responsable de la diffusion de la trypanosomiase, ne faut-il pas l'élargir à des maladies comme la lèpre, la syphilis, etc. ? Certes, les Pastoriens prétendent, à partir de la lutte anti-sommeilleuse, déceler et soigner autant qu'ils le peuvent ces autres affections ; mais peut-on véritablement mener une action polyvalente dans le cadre d'une entreprise consacrée par définition à l'éradication de la trypanosomiase et qui veut démontrer qu'elle est bien l'« ennemi public numéro un » ? A cet égard, si l'on ne peut contester les chiffres fournis par les auteurs de l'entreprise, en l'occurrence le nombre de trypanosomés dépistés, il est malgré tout possible d'avancer avec les sceptiques de l'époque, que les résultats obtenus, aussi démonstratifs soient-ils, sont proportionnels aux moyens mis en œuvre ; autrement dit, que d'autres endémo-épidémies, bénéficiant d'autant d'attention et de moyens

que la maladie du sommeil, auraient très bien pu livrer des résultats similaires.

Les critiques à l'égard des Pastoriens portent aussi sur un aspect quelque peu obscur de la lutte anti-sommeilleuse. Avant tout soucieux d'en découdre avec le fléau, « les chevaliers errants de la maladie du sommeil » (ainsi certains de leurs détracteurs appelaient-ils Jamot, Muraz, etc.) disposent d'un arsenal thérapeutique qui, pour rendre leur action prophylactique efficace à l'échelle collective, n'en présente pas moins des risques assez importants à l'échelle individuelle ; les trypanicides utilisés à l'époque (principalement l'atoxyl, le tryparsamide et le moranyl (25)) et les traitements standards provoquent parfois la mort des malades et assez souvent de graves troubles oculaires. Bien que les rapports des campagnes « anti-sommeilleuses » ne permettent pas d'établir le nombre d'accidents iatrogènes, la vigueur des polémiques laisse à penser qu'il était sous-estimé, sans doute à dessin, par les Pastoriens (polémiques qui ont sévi y compris dans le camp des Pastoriens, plaçant Jamot dans une position difficile). Si l'on peut assez aisément admettre que dans des situations gravissimes, comme celle qu'a connue le Cameroun dans les années vingt, le « sacrifice » d'un certain nombre de sommeilleux est nécessaire à la stérilisation « du virus en circulation » (morts ou aveugles, ils cessent d'être des « porteurs de germe »), il paraît plus contestable d'en banaliser l'usage lors de prospections dans des régions endémiques, voire hyper-endémiques ; moins du reste par souci moral que par réalisme politique. Comment peut-on, même sous l'impérieux prétexte de vaincre la maladie du sommeil, instaurer un peu partout un état d'exception, un état de guerre, sans exacerber les rapports de domination coloniale ? La doctrine de lutte imaginée par Jamot requiert une telle soumission de la part des populations indigènes que les autorités coloniales elles-mêmes, pourtant assez promptes à manipuler la contrainte, rechignent à l'assumer. Situation paradoxale où ceux-là mêmes qui affirment s'acquitter « d'un devoir de justice » vis-à-vis des peuples colonisés ne peuvent concevoir et mener à bien leur action prophylactique qu'en faisant jouer tous les ressorts de la domination coloniale (notamment ceux d'une administration directe

(25) Aujourd'hui encore, les trypanicides, notamment l'arsobal, ne présentent pas une garantie totale et provoquent, à raison de 2,3 %, des accidents mortels.

propre au système français), qu'en conditionnant entièrement l'éradication de la trypanosomiase à l'obéissance sans faille des indigènes. Or, ce qui figure rarement dans les rapports des Pastoriens et qui apparaît en revanche dans ceux de l'administration, c'est que les populations indigènes sont loin d'avoir toujours accepté de bonne grâce les consignes des équipes de dépistage et de traitement, et que bien avant la libéralisation du régime colonial (à partir de 1945, on assiste à un refus de plus en plus systématique des méthodes de lutte contre les grandes endémies), la lutte anti-sommeilleuse a donné lieu ici et là à des formes de résistance passive (absentéisme, soustraction individuelle ou collective aux contrôles) ou active (plaintes auprès de l'administration, révoltes). De sorte que les autorités, ne pouvant faire partout respecter les règles prescrites par la doctrine de lutte anti-sommeilleuse, sont en mesure de contester l'ensemble de la démarche et de suggérer qu'elle pose plus de problèmes qu'elle n'en résout.

Sans reprendre à notre compte les critiques qui ont été adressées aux Pastoriens (il existe très probablement autant de « preuves » de leurs réussites que de leurs échecs), on se bornera pour conclure à faire deux remarques qui révèlent rétrospectivement l'insu de leur entreprise. Comme on l'a maintes fois souligné, l'essentiel de l'action prophylactique menée contre la maladie du sommeil a reposé sur le contrôle et la maîtrise des « réservoirs à virus ». Cette manière de désigner les victimes (réelles ou potentielles) de la trypanosomiase, tout en référant à un fait épidémiologique incontestable, n'a cessé d'outrepasser sa fonction d'image pour devenir une réalité en actes, celle d'un Etat colonial qui prétend gagner en puissance en pratiquant l'assainissement de ses administrés. Telle est la leçon que les Pastoriens ont donnée aux autorités et qu'ils ont mis vaille que vaille en pratique malgré les hostilités. Mais à trop vouloir jouer sur la puissance, sceller la démonstration de leur efficacité autour de l'unique stérilisation des « réservoirs », les Pastoriens ont révélé leurs propres faiblesses. D'un côté, ils n'ont pas fait progresser les connaissances biomédicales en matière de trypanosomiase : à partir des années vingt, les études entomologiques se raréfient, la thérapeutique piétine, mais surtout l'épidémiologie elle-même qui, satisfaite de

pouvoir maîtriser l'hôte indigène, oublie (26) que d'autres « réservoirs à virus » sont en jeu (animaux domestiques, animaux de brousse) et qu'il existe chez l'homme une « trypano-tolérance » (problème des « porteurs sains ») sur laquelle on ne peut que se pencher si l'on veut émanciper l'analyse épidémiologique du propos métaphorique. De l'autre, ils ont installé en maintes régions le malentendu, faisant de la lutte contre la maladie du sommeil non point l'exécution de ce devoir de justice auquel aspirait Jamot, mais l'une des dures expressions de la domination coloniale ; le mot « trypano » résume à lui seul l'ampleur du malentendu puisque, prononcé par les « indigènes », il désigne bien souvent moins l'endémo-épidémie dont ils sont menacés ou affectés que les dépistages et les contrôles sanitaires auxquels ils sont astreints, renvoyant ainsi, en une sorte de morale de l'histoire, le problème de la maladie du sommeil à « une affaire de Blancs ». Aujourd'hui, alors que certains d'entre eux sont confrontés au réveil de la maladie du sommeil (suivant les diagnostics de l'O.M.S.), la « trypano » fait partie de ces mots (de ces maux) que les Etats africains préfèrent inscrire dans les livres d'histoire plutôt que d'avoir à l'utiliser à leur tour, comme si l'Indépendance devait impliquer l'effacement de tout ce qu'elle a pu signifier.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Archives nationales de la République Sénégalaise, *Le problème de la maladie du sommeil en haute Côte-d'Ivoire*, dossier 1 H 14.
- [2] Domergue (D.), « La lutte contre la trypanosomiase en Côte-d'Ivoire, 1900-1945 », *Journal of African history*, 22, 1981.
- [3] Ford (J.), *The role of the trypanosomiases in African ecology : a study of the tse-tse fly problem*, Oxford, 1971.
- [4] Golberg (M.), « Cet obscur objet de l'épidémiologie », *Sciences Sociales et Santé*, vol. I, n° 1, décembre 1982.
- [5] Jamot (E.), *La maladie du sommeil au Cameroun. Comment nous la combattons*, Archives du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso, 1929.
- [6] Lapeysonnie, *Toubib des Tropiques*, Laffont, 1982.
- [7] Latour (B.), *Les microbes : Guerre et Paix, suivi de : Irréductions*, A.-M. Métailié, 1984.
- [8] Lavéran, Mesnil, *Trypanosomes et trypanosomiases*, Masson, 1982.

(26) Laveran et Mesnil avaient pourtant consigné tous ces aspects dans leur ouvrage en 1982 (Cf. [8]).

- [9] Marseille (J.), *Empire colonial et capitalisme français. Histoire d'un divorce*, Albin Michel, 1984.
- [10] Martin (G.), Lebœuf, Roubaud (E.), *Rapport de la mission d'étude de la maladie du sommeil au Congo français. 1906-1908*, Masson, 1909.
- [11] Mathis (C.), *L'œuvre des Pastoriens en Afrique Noire*, P.U.F., 1946.
- [12] Wondji (C.), « La fièvre jaune à Grand-Bassam (1899-1903) », *Revue française d'histoire d'outre-mer*, LIX, n° 215, 1972.