

Josiane TANTCHOU

# Épidémie et politique en Afrique

*Maladie du sommeil et tuberculose au Cameroun*



L'Harmattan

# **Épidémie et politique en Afrique**

*Maladie du sommeil et tuberculose au Cameroun*

## Études Africaines

Collection dirigée par Denis Pryn et François Manga Akoa

### Dernières parutions

- Alsény René Gomez, *Camp Boiro, Parler ou périr*, 2007.
- Paulin KIALO, *Anthropologie de la forêt*, 2007.
- Bruno JAFFRE, *Biographie de Thomas Sankara. La patrie ou la mort...*, nouvelle édition revue et augmentée, 2007.
- Mbog BASSONG, *Les fondements de l'état de droit en Afrique précoloniale*, 2007.
- Ignatiana SHONGEDZA, *Les programmes du Commonwealth au Zimbabwe et en République sud-africaine*, 2007.
- Fidèle MIALOUNDAMA (sous la dir.), *Le koko ou Mfumbu (Gnétacées), plante alimentaire d'Afrique Centrale*, 2007.
- Jean de la Croix KUDADA, *Les préalables d'une démocratie ouverte en Afrique noire. Esquisse d'une philosophie économique*, 2007.
- Jacques CHATUÉ, *Basile-Juléat Fouda*, 2007.
- Bernard LABA NZUZI, *L'équation congolaise*, 2007.
- Ignatiana SHONGEDZA, *Démographie scolaire en Afrique australe*, 2007.
- Olivier CLAIRAT, *L'école de Diawar et l'éducation au Sénégal*, 2007.
- Mwamba TSHIBANGU, *Congo-Kinshasa ou la dictature en série*, 2007.
- Honorine NGOU, *Mariage et Violence dans la Société Traditionnelle Fang au Gabon*, 2007.
- Raymond Guisso DOGORE, *La Côte d'Ivoire : construire le développement durable*, 2007.
- André-Bernard ERGO, *L'héritage de la Congolie*, 2007.
- Ignatiana SHONGEDZA, *Éducation des femmes en Afrique australe*, 2007.
- Albert M'PAKA, *Démocratie et vie politique au Congo-Brazzaville*, 2007.
- Jean-Alexis MFOUTOU, *Coréférents et synonymes du français au Congo-Brazzaville. Ce que dire veut dire*, 2007.
- Jean-Alexis MFOUTOU, *La langue française au Congo-Brazzaville*, 2007.
- Mouhamadou Mounirou SY, *La protection constitutionnelle des droits fondamentaux en Afrique. L'exemple du Sénégal*, 2007.

Josiane Tantchou

# **Épidémie et politique en Afrique**

*Maladie du sommeil et tuberculose au Cameroun*

L'Harmattan

© L'HARMATTAN, 2007

5-7, rue de l'École-Polytechnique ; 75005 Paris

<http://www.librairieharmattan.com>  
diffusion.harmattan@wanadoo.fr  
harmattan1@wanadoo.fr

ISBN : 978-2-296-04377-0  
EAN : 9782296043770

***Pour M.E.***

# Table des matières

TABLE DES MATIÈRES .....	7
RÉPERTOIRE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	11
CARTES ET TABLEAUX .....	13
SCHÉMAS ET FIGURES .....	14
IMAGES.....	14
INTRODUCTION .....	15
I- Historique du sujet et de la question de recherche.....	15
1- Premier terrain : les représentations de la maladie.....	16
2- L’ajustement au terrain : nouvelles questions.....	18
3- L’échec et le retour à l’histoire .....	20
II- Les méthodes de recherche : une construction progressive.....	25
1- De la détresse à l’ethnographie d’un CDT.....	26
2- Les interviews .....	28
3- Les archives.....	29
III- Réinterroger le passé et le présent.....	31
IV- Plan de l’ouvrage .....	37
CHAPITRE I	
LE CAMEROUN, APERÇU HISTORIQUE.....	39
I- La naissance d’un protectorat allemand.....	39
II- La guerre et le mandat français.....	44
1- Le bilan de la présence allemande .....	46
2- Réactions françaises devant l’œuvre sanitaire allemande .....	48
III- L’organisation sanitaire française .....	51
1- Le Corps de Santé Colonial.....	51
2- La structure du service de santé Outre-mer.....	52
3- La mise en œuvre progressive d’une organisation sanitaire française au Cameroun .....	54
CHAPITRE II	
LA LUTTE CONTRE LA MALADIE DU SOMMEIL AU CAMEROUN	59
I- La maladie du sommeil.....	59
II- Le dispositif allemand de lutte contre la maladie du sommeil .....	60

III- Les débuts du dispositif français .....	64
IV- La naissance d'une mission autonome de prophylaxie de la maladie du sommeil au Cameroun .....	67
1- La création d'un service de prophylaxie de la maladie du sommeil .....	67
2- L'ultime décision .....	69
3- Conférence à la Société de Pathologie Exotique.....	71
4- Éléments contextuels.....	73
4-1 Les spécificités du Cameroun en AEF.....	73
4-2 Les critiques allemandes .....	75
4-3 La victoire administrative .....	77

### CHAPITRE III

#### LA MISSION PERMANENTE DE PROPHYLAXIE DE LA MALADIE DU SOMMEIL .....

I- Présentation de la mission.....	79
II- La mission à l'oeuvre .....	80
1- La journée de travail d'une « équipe Jamot » .....	81
2- La répartition de la maladie.....	83
3- Le réveil d'une race.....	85
III- Après la mission .....	86
1- La maladie du sommeil .....	86
2- La structure du service de santé .....	91
3- Crises et nouvelles réformes .....	97
IV- Crise politique, crise économique, crise du système de santé : essai de contextualisation du cas camerounais .....	100
1- Un commencement sanglant .....	100
2- La constitution d'un Etat « mou ».....	106
3- La crise économique .....	109
4- La santé en crise.....	110
5- La nouvelle organisation.....	113

### CHAPITRE IV

#### LA NAISSANCE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PNLT) AU CAMEROUN .....

I- La tuberculose.....	115
II- La tuberculose au Cameroun .....	119
III- La lutte antituberculeuse avant le PNLNT .....	128
1- Une lutte antituberculeuse, mais laquelle ?.....	128
2- La résistance au traitement, baromètre de la lutte antituberculeuse.....	132



3- La naissance du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT).....	134
4- Les principes de la chimiothérapie antituberculeuse au Cameroun.....	138
IV- La prise en charge des malades dans un CDT.....	141
1- L'examen des crachats : quand « <i>ce que je fais</i> » prévaut sur « <i>ce qu'on doit faire</i> ».....	142
2- « <i>Négocié</i> » pour ne pas être hospitalisé : l'exemple de W. ....	145
3- Après la phase intensive, le désir de guérir, les contraintes de la vie : Paul .....	148
4- Être hospitalisé, oui mais dans quels buts ? .....	151
5- Le DOTS, un impossible idéal ? .....	152
<b>CHAPITRE V</b>	
HISTOIRE DU PNLT : DEUXIÈME MOMENT .....	155
I- Le bilan des années précédentes .....	155
II- La nouvelle organisation .....	160
III- Gratuite, vraiment ?.....	166
IV- Le PNLT dans la ville .....	171
1- La célébration de la « <i>journée mondiale de la tuberculose</i> » : une expérience insolite .....	171
2- L'imagerie dans la lutte contre la tuberculose au Cameroun .....	176
V- Remettre la « relation » au cœur de la lutte contre la tuberculose au Cameroun ? Expérience dans un CDT.....	181
1- Le circuit TB à S .....	181
2- Je vous parlais de pesanteur ? .....	182
3- Communiquer pour un changement de comportement .....	190
4- Tuberculeux, séropositif.....	197
<b>CHAPITRE VI</b>	
RÉINTERROGER LE PASSÉ ET LE PRÉSENT .....	201
I- Trypanosomiase, tuberculose, sida ou la mémoire des corps .....	201
II- De « Babel à Alma-Ata... et retour » .....	207
III- Du biopouvoir .....	212
IV- Comment naissent les politiques verticales de santé : le jeu des acteurs .....	217
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	221
1- Comment naissent les politiques verticales de santé.....	221
2- Comment expliquer les échecs répétitifs des politiques de santé menées en Afrique .....	222

3- Comment justifier l'obstination à investir dans la santé des (pays) pauvres .....	223
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>227</b>
1- Documents d'archives .....	227
1-1 Archives Nationales de Yaoundé.....	227
1-2 Archives de l'Institut Pasteur .....	229
1-3 Archives du Pharo .....	231
2- Documents relatifs à la maladie du sommeil.....	233
3- Dossier « <i>situation politique et sanitaire du tiers monde</i> » de <i>La Documentation Française</i> (Sur microfiches) .....	242
4- Documents relatifs à la tuberculose.....	245
5- Autres documents consultés .....	252
6- Web .....	267

## Répertoire des sigles et abréviations

- AEF : Afrique Equatoriale Française  
ALES : Aide aux Lépreux Emmaüs Suisse  
AMI : Assistance Médicale aux Indigènes  
AOF : Afrique Occidentale Française  
ARV : Antirétroviraux  
ASNOM : Association de Santé Navale et Outre-mer  
BAAR : bacille acido-alcoolo-résistant  
CAOM : Centre des Archives d'Outre-mer  
CEAf : Centre d'Etudes Africaines  
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique  
CPC : Centre Pasteur du Cameroun  
DOTS : Directly Observed Treatment Short Course  
EDS : Enquête Démographique et de Santé  
EHESS : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales  
GDF: Global Drug Facility  
GFATM : Global Fund against Aids, Tuberculosis and Malaria  
GTZ : Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit  
(Coopération allemande)  
ICASSRT: International Center for Applied Social Sciences Research  
and Training  
IEC : Information Education Communication  
IMTSSA : Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des  
Armées  
OCEAC : Organisation de Coordination pour la lutte contre les  
Endémies en Afrique Centrale  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONG : Organisation Non Gouvernementale  
PEV : Programme Elargi de Vaccination

**PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant**

**PVVS : Personne vivant avec le VIH/sida**

**UICTMR : Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires**

**UPEC : Unité de Prise en Charge**

**VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine**

**100 FCFA = 0,152 Euro**

## Cartes et tableaux

Carte 1 : Le Cameroun avant 1911.....	39
Carte 2 : Le Cameroun après 1911 .....	41
Carte 3 : Le Cameroun après la guerre de 1914-1915.....	43
Carte 4 : La répartition de la maladie .....	82
Carte 5 : Situation présumée de la Trypanosomiase Humaine au Cameroun en 1996.....	88
Tableau 1 : « Indice de virus en circulation » dans les régions prospectées .....	85
Tableau 2 : Proportion d'examens réalisés à l'Institut Pasteur du Cameroun en 1971 .....	123
Tableau 3 : Proportion d'examens réalisés à l'Institut Pasteur du Cameroun en 1973 .....	123
Tableau 4 : Proportion d'examens réalisés à l'Institut Pasteur du Cameroun en 1974 .....	124
Tableau 5 : La tuberculose au Cameroun : 1987-1994 .....	126
Tableau 6 : Les régimes thérapeutiques utilisés, leur coût et le prix de 2 mois d'hospitalisation (en FCFA) selon les structures hospitalières.....	129
Tableau 7 : Contrôle de qualité de microscopie janvier-septembre 2004 .....	156
Tableau 8 : Résultats du traitement en pourcentage depuis 1999 jusqu'à 2003 .....	157

## Schémas et figures

Schéma 1 : La structure du PNLT .....	137
Schéma 2 : La nouvelle structure .....	163
Schéma 3 : Positionnement des différents acteurs d'une politique verticale .....	219
Figure 1 : Cas de tuberculose déclarés de 1960 à 1964.....	122
Figure 2 : Activité de dépistage de 1997 à 2004 .....	155
Figure 3 : Répartition des nouveaux cas de TPM+ par tranche d'âge en 2004 .....	158
Figure 4 : Taux de perdus de vue et taux de succès thérapeutiques en 2003 .....	159

## Images

Image 1 : « <i>Ce qui est bon à savoir</i> » sur la tuberculose.....	177
Image 2 : « <i>Ce qui est bon à savoir</i> » sur la tuberculose (suite) .....	177
Image 3 : Aux professionnels de la santé.....	178
Images 4 et 5 : Aux malades et à la communauté .....	179
Image 6 : Je suis guéri .....	180

# INTRODUCTION

## I- HISTORIQUE DU SUJET ET DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Une problématique de recherche émerge d'une construction progressive, qui dépend de plusieurs éléments dont les orientations et l'histoire personnelles du chercheur. En effet, comme le remarquait d'ailleurs Jean-Pierre Dozon, un anthropologue n'est pas un simple sujet de la science, c'est un sujet plein de son histoire.<sup>1</sup> Elle dépend de l'état de la recherche dans le domaine choisi, donc de l'abondance, de l'insuffisance ou du manque de références bibliographiques relatives à la question première, des moyens financiers mis à la disposition du chercheur, des situations et difficultés de terrain, des discussions avec les collègues et chercheurs travaillant sur des thématiques similaires ou différentes. Ainsi, le questionnement de départ peut finalement aboutir à la définition d'un problème qui s'éloigne des préoccupations premières, même s'il peut, dans certains cas, s'agir d'une élaboration approfondie, dense et détaillée de celles-ci. L'intuition, la question ou l'orientation première est, pendant le processus de recherche, labourée, construite et déconstruite, approfondie, détaillée et décomposée en plusieurs thèmes, questions, ajustés aux hypothèses qui seront infirmées ou confirmées. Ce travail de construction-déconstruction s'effectue le long d'un cheminement fait de va-et-vient entre le terrain, l'analyse des données et l'écriture, cheminement physiquement et intellectuellement éprouvant, jalonné de petites joies, de moments de dépression et de découragement, de succès et d'échecs, qui se répercuteront d'une façon ou d'une autre sur la publication finale. C'est l'une des raisons pour lesquelles il me semble important de rendre compte de l'historique de mon sujet, du processus et des situations qui ont forgé chacune de mes orientations. Ce processus, commencé en 2000 par une inscription en troisième cycle sur un sujet classique d'anthropologie culturaliste, s'achève en 2004 par la définition d'une question de thèse n'ayant qu'un rapport distant avec les préoccupations premières.

---

<sup>1</sup> Intervention du 7 janvier 2004 dans le cadre du séminaire animé par Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin à l'EHESS, intitulé *Médiations théoriques et pratiques de l'Anthropologie*. Cette année, le séminaire portait sur « Les expériences du passé ».

## 1- Premier terrain : les représentations de la maladie

En 2000, je m'inscrivais à l'EHESS<sup>2</sup> pour faire un DEA d'Anthropologie Sociale et Ethnologie, avec un projet de recherche portant sur les représentations de la tuberculose au Cameroun. La lecture de quelques textes, rapports et articles (Ryan, 1993 ; WHO, 1997 ; 1998 ; Nunn & Kochi, 1993 ; Nakajima, 1993 ; Nkwa, 1998 ; Cambells, 1998) parus sur la question, signalait une recrudescence de cette pathologie et les difficultés des gouvernements des pays pauvres à la maîtriser. Les représentations des malades, parce qu'elles influençaient les itinéraires thérapeutiques, étaient évoquées comme un des principaux obstacles à surmonter pour arriver à contrôler la maladie. Convaincue de la pertinence d'une étude sur les représentations de la tuberculose au Cameroun, j'entrepris de rédiger un protocole de recherche et d'en discuter avec quelques personnes. J'avais des hésitations par rapport au site qui serait approprié. Il me semblait pour un pareil sujet qu'il fallait se limiter à un espace bien délimité et à un groupe de personnes partageant certaines caractéristiques, notamment le lieu de résidence (un village ou un quartier), la langue, l'âge, voire le sexe. Je commençais à me décider pour le site qui serait mon propre village (où j'avais déjà commencé des travaux sur une question tout à fait différente, mais qui m'avaient permis d'acquérir une certaine aisance dans la manipulation de ma langue maternelle) quand j'ai appris qu'après des années de latence un programme pilote de lutte contre la tuberculose venait d'être remis sur pied dans l'Ouest du Cameroun. Je m'y rendis dans un premier temps pour comprendre en quoi consistait le programme. Parmi les ressources mises à ma disposition, figuraient les résultats d'un travail de recherche fraîchement publiés, qui évaluait ledit programme un an après son démarrage.<sup>3</sup> L'étude portait sur un échantillon de 355 malades âgés de 15 à 44 ans, exerçant pour la grande majorité des activités dans le secteur informel (45%). Le « délai des patients » avant leur prise en charge correcte était considérable, quatre mois en moyenne. Toux (84%), perte du poids (43%) et fièvre (41%) étaient les principales raisons évoquées pour consulter. 79% avaient recherché les soins ailleurs avant d'être pris en charge par les centres de diagnostic et de traitement (CDT). Les itinéraires thérapeutiques étaient variables ; on ne comptait pas moins de 80 parcours différents devant le choix entre la formation sanitaire publique privée, confessionnelle, le guérisseur etc. Les retards causés par les services compétents étaient aussi

---

<sup>2</sup> Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales de Paris.

<sup>3</sup> J. Noeske & P. Nkamsse, 1997, « Programme National de lutte contre la tuberculose dans la province de l'Ouest Cameroun, évaluation après un an de fonctionnement », *Bulletin de liaison et de documentation de l'OCEAC*, Vol. 31, N°1, P. 13-21.



remarquables : 44% des patients étaient passés par une formation sanitaire publique ou privée non lucrative et 11% par un médecin privé. Le crachat et/ou la radiologie avaient été effectués dans 18% des cas et plus de 80% étaient restés sans diagnostic adéquat. Les diagnostics erronés les plus fréquents étaient l'asthme et la bronchite chronique. L'âge, le sexe, la religion, le statut matrimonial, la distance par rapport à la formation sanitaire, le niveau scolaire n'influençaient pas le comportement des patients. Le choix du CDT avait été effectué dans plus de la moitié des cas (51%) sur recommandation d'un membre de la famille ou d'un autre malade de la tuberculose. 21 décès avaient été notifiés, dont 12 au cours des 2 premiers mois. Cela, d'après les auteurs, s'expliquait par le stade évolué de la maladie et l'état cachectique des patients à leur arrivée dans les CDT. Le programme, notaient-ils, reçoit des patients qui se sont soignés de façon hasardeuse ou qui n'ont pas été correctement pris en charge à cause du manque d'instruction du personnel soignant (Noeske & Nkamsse, 1997). Ces données soulevaient plusieurs questions : qu'est-ce qui justifiait le délai des patients avant leur prise en charge médicale ? Était-ce lié aux représentations de la maladie ? Y avait-il dans leurs systèmes nosologiques une maladie ayant les caractéristiques de la tuberculose ? Si oui, quelles en étaient les causes et quelle était la démarche thérapeutique recommandée ? Sinon à quoi correspondait pour eux cet ensemble de symptômes que la biomédecine associait à la tuberculose ? Qu'est-ce qui expliquait la non-observance du traitement ? Y avait-il un lien avec la perception des différents recours et des rapports qui s'y établissaient ? Quel était le rôle du groupe social dans le choix du recours thérapeutique ? Qu'est-ce qui pouvait expliquer le choix de la province de l'Ouest comme site du programme pilote ? Y observait-on une situation épidémiologique particulière ? La maladie y était-elle épidémique, ré-émergente ? Et quels étaient ses rapports avec le VIH/Sida ?

A la suite de la lecture des résultats de cette étude, je fis un premier réajustement de mes objectifs. Me situant dans le futur et considérant notamment la possibilité d'un emploi, il me paraissait judicieux d'inscrire mes objectifs sur un plan opérationnel. Il fallait que mon travail soit utile dans le cadre de la lutte contre la tuberculose au Cameroun. Je décidai de m'intéresser aux déterminants des itinéraires thérapeutiques. Je justifiai ce choix en me référant notamment à Bernard Hours (1995). Cet auteur remarquait que si les informations recueillies sur les itinéraires thérapeutiques déconcertent le plus souvent les médecins parce qu'elles ne sont pas perçues comme des stratégies, ce type d'enquête constitue néanmoins une étape obligée, si on considère qu'un système de santé est d'abord un ensemble de pratiques, de références, d'interprétations et de représentations de la maladie, mais aussi du recours thérapeutique en tant que choix déterminé par des représentations sociales, culturelles et les conditions

économiques. Ainsi, je pensais également comme Bernard Hours (*Idem*) que considérer l'itinéraire thérapeutique des malades, c'est réintroduire la liberté des individus là où les représentants d'organisations n'ont tendance à voir qu'irrationalité ou conduite superstitieuse. Je posais comme hypothèse que les malades sont loin d'être des « *vaisseaux vides* » (Hours, *Ibid.*) ou des « *cruches* »<sup>4</sup> vides dans lesquelles les médecins doivent déverser les « *comportements de guérison* »; chaque malade appartient à un environnement socioculturel : il a une histoire. Par ailleurs, le corps humain n'est pas seulement une entité biologique, c'est aussi un champ de représentations qui définissent les signes de ce qui est socialement convenu d'accepter comme maladie et les comportements en face des différents épisodes morbides. Ces représentations, déterminées par l'environnement culturel, les conditions socio-économiques, le temps et l'histoire individuelle, influencent l'itinéraire thérapeutique, le désir de recevoir les soins, la prise en charge sociale et affective du malade. Dans le cas de la tuberculose, elles pourraient favoriser l'adoption d'attitudes jugées contagieuses et de comportements favorisant la multirésistance : prise discontinuée de la médication ou interruption volontaire de la chimiothérapie dès la disparition des symptômes invalidants.

## 2- L'ajustement au terrain : nouvelles questions

Grâce à un financement de la Formation Doctorale en Anthropologie Sociale et Ethnologie dans le cadre des terrains didactiques et à une aide financière du CEAf (Centre d'Etudes Africaines) de l'EHESS, j'allai sur le terrain en avril 2001 pour commencer la collecte des données. J'avais choisi de travailler à Bafoussam, chef-lieu de la province de l'Ouest, qui abrite la Délégation Provinciale de la Santé Publique (DPSP). J'espérais pouvoir rencontrer facilement les différents responsables et avoir aisément accès à l'information statistique.

Sur le terrain, je constatai que la durée de mon séjour ne me permettrait pas d'explorer tous les aspects du sujet. Le choix des patients à interviewer, notamment, posait problème. J'avais remarqué que plusieurs malades venaient des villages avoisinant la ville de Bafoussam et d'autres villes du Cameroun, ce qui rendait difficile le suivi du parcours thérapeutique ; par ailleurs, le système de notification des adresses ne permettait pas de contacter les malades pris en charge de façon ambulatoire. Je décidai alors de réaliser

---

<sup>4</sup> Massé Raymond (1995) utilise le mot « *cruche* » pour parler des « *clients* », plus précisément des populations face aux innovations de santé. Il dit que les développeurs doivent prendre garde à ne pas considérer les populations comme des « *cruches vides* » dans lesquelles ils viendront verser les nouvelles idées. Les cruches ayant à mon avis déjà un contenu, ces idées nouvelles se répandront certainement.

un travail exploratoire qui allait éventuellement m'ouvrir d'autres perspectives de recherches ; je choisis de me pencher sur le fonctionnement du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), en me focalisant sur les écarts entre les textes du Comité National de Lutte contre la Tuberculose et la réalité. J'avais l'espoir que les entretiens avec le personnel en charge du PNLT me permettraient de mieux cibler les problèmes pour circonscrire mon analyse sur l'un d'eux. La question du délai avant la prise en charge par exemple, c'est-à-dire la période qui s'écoule du début des symptômes à la chimiothérapie, me semblait intéressante à sonder. Comment expliquer ce délai ? La tuberculose étant toujours associée à la pauvreté, y avait-il un rapport entre les conditions économiques des malades et ce délai ? Etait-ce dû à l'explication qu'ils donnaient de leurs symptômes ? Et dans ce cas, à quoi associaient-ils leur maladie ? Etait-ce dû à des facteurs liés au fonctionnement des structures de soins ? Quelle était la part de l'entourage dans le choix du recours ? Dès lors, mon échantillon ne devait pas se limiter aux personnes très avancées dans la chimiothérapie mais aussi et surtout aux personnes hospitalisées, qui avaient encore, à mon avis, un souvenir clair de leur arrivée dans le CDT, des raisons qui les y avaient conduites et de l'évolution de leur état depuis ce moment. Ceci me permettait aussi d'examiner la question de l'observance du traitement. On peut en effet avoir l'impression que, de façon générale, les malades hospitalisés sont observants ou fidèles à leur traitement et les tuberculeux sont justement hospitalisés afin qu'on puisse obtenir un maximum d'observance, s'assurer un maximum de fidélité au traitement pendant les premiers mois de la chimiothérapie. Qu'en est-il réellement ?

Au terme de ce premier terrain, il m'a semblé que les dysfonctionnements que j'avais notés dans le déroulement de la prise en charge des malades permettaient de valider les conclusions de Chaulet (1987) et de Farmer (2001) : la non-observance de la chimiothérapie est moins due au fait que les patients ne prennent pas leur traitement normalement qu'à d'autres facteurs. Ces facteurs ne sont pas des entités abstraites ou des situations incontrôlables : il s'agit de personnes, hommes et femmes, qui ne font pas le travail qui leur a été assigné et pour lequel elles sont payées. Le patient ne devait donc pas être « *accusé* » (Farmer, 1996). Mais si le patient est « *déculpabilisé* », est-il légitime de porter l'accusation sur le personnel de santé ? Sur quels fondements étayer cette accusation ?

Dans le but de comparer plusieurs situations, je décidai de poursuivre l'étude dans le Nord et l'Extrême-Nord du Cameroun. Il s'agissait de tenir compte de la « *balkanisation* » du système de santé pour apprécier le fonctionnement d'un programme devenu « *national* », c'est-à-dire étendu à l'ensemble du territoire, mais mis sur pied et coordonné par des organismes

de coopération différents. Je souhaitais voir s'il existait une différence en terme de gestion du programme et de son personnel et examiner en quoi celle-ci pouvait influencer et créer des disparités au niveau du fonctionnement de celui-ci. Je souhaitais également vérifier s'il était tenu compte, et dans quelle mesure, d'une éventuelle infection au VIH dans la prise en charge des tuberculeux et examiner les relations existant entre le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) et le PNLT. Par ailleurs, le financement du PNLT étant conjointement assuré dans le Nord par le gouvernement camerounais et la Coopération Française (CF), je désirais observer l'impact probable de cette cogestion sur le fonctionnement général du programme. En avril 2003, j'ai obtenu une bourse du CNRS et, après avoir fait le point sur mes données, je me suis rendue sur le terrain dans le Nord du Cameroun, à Garoua ; j'y suis restée de juillet à septembre.

### 3- L'échec et le retour à l'histoire

Arrivée à Garoua, j'entrepris la procédure habituelle qui consiste à se faire introduire auprès des différents responsables de la santé pour présenter et/ou obtenir les autorisations de recherche, souvent requises, et je fus introduite auprès de l'infirmier chargé du CDT que j'avais choisi pour mes recherches. Il fut d'accord pour un entretien, mais se refusa à me donner les statistiques concernant la tuberculose, parce qu'il « *fallait prendre du temps pour les consulter et faire un résumé* ». Il ne comprenait pas la nécessité pour moi d'avoir des entretiens avec « *ses* » malades et, finalement, était très pris par ses obligations professionnelles et ne pouvait me consacrer le temps nécessaire pour éclaircir les points notés lors de l'entretien accordé. Je ne pus donc pas m'entretenir avec « *ses* » malades. J'avais essayé d'obtenir de réaliser mon étude dans d'autres formations sanitaires, mais la personne qui m'aurait alors servi d'interprète était en vacances.

Découragée, déçue, profondément attristée, à la limite traumatisée par cette expérience, j'ai désiré la nommer pour la dépasser. Il me sembla alors qu'en présence d'un « *nouveau terrain* », on peut passer par ce que j'appellerai des « *expériences périphériques* ». Expériences individuelles, harassantes, énervantes, grotesques, tristes ou amusantes, elles dévoilent les tâtonnements, les angoisses, les échecs, les peurs devant l'objet d'étude, révèlent la complexité de ce qui se joue lors de la rencontre de deux cultures, signent la différence et préparent le chercheur à la compréhension de son objet. Ces expériences, quelquefois décourageantes, peuvent pourtant être déterminantes pour la suite du travail. En effet, devant une difficulté de terrain, le chercheur a deux alternatives : trouver une solution ou réorienter ses objectifs. Moi, je fis le choix de réorienter mes objectifs. Mais fallait-il rendre compte d'une pareille expérience, que je trouvais par ailleurs honteuse

(parce que révélant mon inaptitude à la recherche), dans le cadre de la démarche méthodologique ayant conduit à la production de cette thèse ? Consciente de l'inflexion qu'elle avait apportée à la suite de mon travail, j'ai jugé nécessaire d'en rendre compte. Je pense que ce type d'expériences a sa place dans le processus de recherche conduisant à la production de données. Elles ne doivent pas être considérées comme des échecs ou des situations honteuses. Un terrain se livre toujours, même si on ne trouve pas dans les éléments observés ce qu'on poursuit. Il est vrai que quand on a été familiarisé à un site, on oublie les difficultés des premiers séjours et on a tendance à trouver normal de toujours obtenir l'information recherchée. Les contacts créés donnent plus d'aisance, même s'ils peuvent aveugler l'anthropologue qui retourne sans cesse vers ce qu'il « *sait* », vers ce ou ceux qu'il « *connaît* ». Du coup, une expérience dans un autre contexte, sur un autre site peut être bouleversante. On est dans la « *nouveauté* », même si lors des travaux antérieurs sur le site identique, chaque terrain était en soi une nouvelle expérience, « *une nouveauté* ». Finalement, on va toujours sur le terrain, mais on ne retrouve jamais « *son* » terrain.

Que dire en fin de compte de ce « *silence du terrain* » à Garoua ? Que révèle-t-il ? Les informations collectées malgré ce « *silence du terrain* » m'ont permis de confirmer les résultats de l'enquête réalisée dans l'Ouest, finissant de m'apporter les éléments nécessaires pour conclure que les représentations des malades n'étaient pas le principal obstacle au contrôle de la tuberculose au Cameroun. Il fallait s'intéresser au système de santé « *défaillant* » ou « *non observant* ».

Il me paraissait assez facile, après le travail à l'Ouest, de conclure au manque de déontologie des professionnels de santé, à leur manque de motivation etc. Les données collectées à Garoua m'ont permis de réaliser que je ne pouvais pas séparer la situation actuelle des professionnels de santé et l'état général de dégradation du système de santé, de l'environnement politique et économique caractéristique du Cameroun contemporain et de son histoire. Finalement, j'ai décidé de retourner à l'histoire pour comprendre la situation actuelle. Je souhaitais trouver des réponses à deux questions : avait-on jamais conduit avec succès une politique de santé au Cameroun ou le système de santé n'avait-il jamais bien fonctionné ? Comment était-on arrivé à la situation actuelle, ou que s'était-il passé ? Je me donnai l'objectif ambitieux de faire une sorte d'histoire du système de santé camerounais, en m'intéressant particulièrement aux périodes de « *rupture* ». J'entendais par « *rupture* » tous les événements qui auraient affecté de quelque façon que ce soit le système de santé ou conduit à une réorientation de ses priorités, ces

moments clés où, pour reprendre une expression de Mariela Pandolfi<sup>5</sup>, le passé a participé à la construction du présent et qui peuvent être évoqués pour donner sens à la situation actuelle, en articulant une histoire contextuelle à une histoire globale. J'identifiais comme moments de « rupture » : la pénétration européenne au Cameroun, la Première Guerre mondiale avec le passage du Cameroun sous la tutelle de la France, la Deuxième Guerre mondiale suivie de la Conférence de Brazzaville<sup>6</sup>, l'autonomie, l'indépendance, la réunification, l'accession de M. Paul Biya à la magistrature suprême, le coup d'Etat du 2 avril 1982, la crise économique et les programmes d'ajustement structurel (PAS), l'entrée dans le multipartisme avec les « événements de 1994-1995 », la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, l'Initiative de Bamako, l'investissement récent de la Banque mondiale dans les politiques de santé notamment par l'initiative PPTE, la création du Fonds Mondial contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. J'entrepris alors un travail d'archives à Garoua, dans les Archives de la Ville de Garoua, puis à Yaoundé, dans les Archives Nationales de Yaoundé. Je poursuivis ce travail de reconstruction historique à Paris, dans les archives de l'Institut Pasteur de Paris et à Marseille dans les archives de l'IMTSSA au Pharo.

Pendant ces recherches dans les archives, une maladie revenait sans cesse : la trypanosomiase humaine. C'est sur cette maladie que s'était construit le premier dispositif de lutte contre les grandes endémies au Cameroun et plus tard les dispositifs fédéraux de lutte contre les grandes endémies en AOF et AEF. J'eus l'impression qu'il y avait autour de la trypanosomiase et de la lutte contre cette pathologie une interconnexion d'enjeux et de conflits, d'éléments historiques importants à saisir pour comprendre la situation actuelle. Mais très peu d'historiens s'étaient intéressés à la question. En ce qui concerne le Cameroun, je ne trouverai la question abordée que dans les travaux de Wang Sonné (1994 ; 1999 ; 2000), dont la thèse (Wang Sonné, 1983) portait d'ailleurs sur les premiers infirmiers camerounais qui avaient servi dans le cadre de la lutte contre la maladie du sommeil. En dehors de cet historien, les travaux relatifs à la question au Cameroun se limitaient à l'historique de quelques foyers de maladie et étaient l'œuvre des équipes OCEAC, principalement spécialisées en entomologie. Je peux aussi citer la thèse de Gomart-Jacquet (1995) qui portait sur Eugène Jamot, un personnage qui s'était illustré dans la lutte contre cette pathologie dans ce qui était alors l'Oubangui-Chari (aujourd'hui

---

<sup>5</sup> Intervenu le 7 janvier 2004 dans le cadre du séminaire animé par Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin à l'EHESS, intitulé *Médiations théoriques et pratiques de l'anthropologie*.

<sup>6</sup> A partir de cette période, les rapports annuels d'activités sont sous la responsabilité des autorités sanitaires des nouveaux Etats (Lapeyssonnie, 1987 ; 1988).

République Centrafricaine) et au Cameroun. Ces travaux ne permettaient pas de comprendre la nature du dispositif qui avait été mis en œuvre pour lutter contre la maladie du sommeil et en quoi ce moment de l'histoire pouvait, comme je l'imaginai, être essentiel pour comprendre, analyser et interroger la situation actuelle. Il faut dire, comme le notent Patterson & Hartwig (1978), que les historiens de l'Afrique ont de façon générale négligé l'étude des conditions de santé, de même que le rôle de la maladie, des soins de santé et de la médecine dans l'histoire de ce continent. Mbokolo (1994 : 155-156), qui l'avait également constaté, donne quelques raisons pour expliquer cet état de chose. « *Il peut paraître, écrit-il, surprenant que les maladies, en tant qu'objet d'étude, aient si peu mobilisé... les historiens de l'Afrique tropicale ... Ce retard s'explique en partie par ce que l'on suppose de connaissances techniques qu'il faudrait posséder en fait de biologie, d'écologie et surtout de médecine, pour s'engager dans une recherche historique sur les maladies. D'autre part, ce nouveau terrain ne semblait pas aussi glorieux, ni aussi ouvert à la polémique que l'histoire des Etats précoloniaux, de la résistance africaine au fait colonial, de la formation du sous-développement dont on avait fait des thèmes d'études privilégiés. Enfin, les techniques d'investigation et les problématiques mises au point dans les années soixante et soixante-dix pour d'autres domaines de l'histoire africaine ne semblent pas ici, aussi opératoires, ni aussi efficaces* ». Il semble pourtant, comme le remarque d'ailleurs Lyons (1985), que l'étude des épidémies et des réponses à celles-ci est un outil inestimable pour l'analyse des processus de changement dans les sociétés. En effet, une maladie, surtout épidémique, apporte de profondes modifications dans l'organisation et le gouvernement d'une société et pourrait, dans ce sens, être « *acteur* » de l'histoire. Par ailleurs, en agissant comme des « *glaces amplificatrices* », les épidémies révèlent, en les exacerbant, les tensions latentes dans la société. Dans ce sens, l'examen des maladies épidémiques et surtout des réponses à celles-ci pourrait, toujours selon Lyons (*Idem*), révéler l'histoire sociale. On peut faire à cette approche la critique que les crises dans l'histoire humaine sont des situations exceptionnelles qui entraînent une perturbation, un bouleversement du courant normal des événements, du déroulement de la vie quotidienne et pourraient donc donner une impression tordue de la réalité. Cependant, je pense avec Lyons (*Ibid.*), qu'il est impossible de nier le rôle vital de la maladie dans l'histoire de l'Afrique.

J'aurais pu, à la suite de ces constats, laisser de côté toutes les questions relatives à la lutte contre la tuberculose au Cameroun, pour me consacrer à cet épisode historique qui me paraissait essentiel. Considérant l'hypothèse suivant laquelle les forces politiques et économiques qui ont façonné l'histoire du continent ont aussi établi de nouveaux cadres d'émergence d'échantillons de diagnostic et de traitement de la maladie

(Feierman & Janzen, 1992 ; Hartwig & Patterson, 1978), je me serais alors intéressée aux conséquences de la pénétration européenne. J'aurais cherché à démontrer en quoi elle avait, par la destruction d'un équilibre naturel, favorisé la création des voies de communications, le déplacement des personnes etc., et donc l'émergence d'un environnement propice à l'éclosion d'épidémies. J'aurais ensuite analysé la réponse des gouvernements coloniaux à celles-ci, en essayant de voir à quel point ils avaient été prompts à réagir, pour confirmer ou infirmer les thèses suivant lesquelles ces gouvernements auraient été plus intéressés par l'exploitation économique du « Nègre » et de son espace, que par son bien-être. En abordant l'historique de l'extension des services médicaux, j'aurais sondé les fondements historiques, voire politiques des inégalités villes/campagnes, pauvres/ riches, hommes/femmes en ce qui concerne la répartition et la distribution des soins de santé. Mais ces problématiques ne me satisfaisaient pas ; elles ne me permettaient pas d'articuler les deux maladies que je tenais à examiner conjointement et semblaient m'éloigner de cette question, encore non formulée, mais présente et unificatrice du matériau que j'avais déjà structuré sur une base chronologique. Ces questions avaient par ailleurs déjà fait l'objet de remarquables travaux d'historiens, même si ceux-ci ne concernaient pas directement le Cameroun. Il s'agit des travaux coordonnés par Hartwig & Patterson (*Idem*) qui mettent en évidence le rôle de la maladie en tant que facteur déterminant de l'histoire africaine, de ceux de Feierman & Janzen (*Idem*) qui abordent les fondements socio-historiques de la maladie en Afrique et surtout de ceux de Randall Packard (1989), Paul Farmer (2001) et Lyons (2002) qui ont respectivement montré, à propos de la tuberculose en Afrique du Sud et à Haïti, et de la trypanosomiase dans l'ancien Congo Belge, comment des décisions politiques et économiques, parfois prises dans d'autres contextes, peuvent influencer la vie de milliers d'individus, créer les circonstances favorables à l'éclosion d'épidémies dans un groupe de population, favoriser ou empêcher les réactions à celles-ci, conduire à la mise en œuvre d'un dispositif sévère de surveillance des corps et de contrôle du déplacement de ces corps. Une seule interrogation me permettait d'unifier mes données et la découverte de celle-ci m'apporta une réelle satisfaction. Ce fut un de ces moments de joie qu'on connaît pendant le processus d'écriture, qui vint conforter en moi le sentiment d'avoir trouvé la question autour de laquelle serait construit mon travail, à savoir : comment naissent les politiques de santé ? Les deux exemples que j'avais me permettaient de formuler une réponse à la question. Arrivée à ce point de la recherche, j'ai décidé de refaire le bilan de mes données et j'ai préparé un autre terrain. Ce terrain s'est déroulé de janvier à mars 2005. Pendant ces deux mois, je suis surtout restée à Yaoundé où je souhaitais rencontrer les responsables centraux du PNLT et compléter les données historiques dans les



Archives Nationales de Yaoundé. Je suis allée à Bafoussam pour mettre à jour les informations que j'y avais collectées deux ans plus tôt et à Garoua où les portes m'ont été ouvertes cette fois-ci. J'ai pu assister aux consultations (sans blouse), et une salle de travail m'a été ouverte pour mes entretiens. J'ai discuté avec les malades hospitalisés, obtenu toutes les informations statistiques dont j'avais besoin.<sup>7</sup> A Bafoussam, j'ai immédiatement été « adoptée » par le personnel qui m'a affectée, sans autorisation ni obligation particulières à la distribution des médicaments. J'ai donc pu, lors de ce terrain, compléter, sans difficultés particulières, les informations qui me manquaient. Malgré la satisfaction interne, l'assurance et l'impression que j'avais d'avoir l'ensemble des données qu'il me fallait pour rédiger ce travail, j'ai décidé de faire un dernier terrain. Il s'est déroulé de juillet à septembre 2005. Le but était de soumettre les différentes parties de la réflexion que je voulais construire à l'épreuve du terrain. Je suis retournée à Bafoussam, Yaoundé, Garoua et j'ai également séjourné à Maroua. Finalement, pour achever la construction et l'écriture de ce travail, j'ai réalisé un total de huit mois sur le terrain, entre 1999 et 2005. Ces allers-retours, parfois imposés pour des raisons financières et/ou administratives, pénibles dans un premier temps car entrecoupés de longues périodes de gêne due à l'insuffisance des données qui freine la construction et empêche d'avoir une vision globale de l'ensemble du travail, apportent en fin de compte une grande satisfaction, satisfaction résultant de la certitude d'avoir saisi quelque chose, d'avoir « vu » les choses changer, de pouvoir apprécier la pertinence des observations, des hypothèses et des conclusions tirées lors des terrains précédents, d'avoir eu l'occasion avant le projet définitif de tester plusieurs fois la qualité et la véracité des données, enfin d'avoir eu les éléments nécessaires pour se départir des conclusions hâtives des premiers terrains.

## II- LES METHODES DE RECHERCHE : UNE CONSTRUCTION PROGRESSIVE

Lors de mes premiers terrains, je souhaitais adopter les méthodes « classiques » de la recherche en anthropologie : l'observation et l'interview. Cependant, les situations et les difficultés du terrain m'ont sans cesse conduite à tester de nouvelles approches et à m'investir dans un domaine qui m'était jusque-là resté étranger : les Archives.

---

<sup>7</sup> A Garoua, ma présence aux consultations ne m'apportait pas grand-chose, dans la mesure où elles se déroulaient en fofouledé, langue que je ne comprends ni ne parle. Ma surprise dans ce genre de situations était toujours de constater l'indifférence des malades à ma présence.

## 1- De la détresse à l'ethnographie d'un CDT

Lors de mon deuxième terrain à Bafoussam, j'avais préparé des guides pour les entretiens avec les patients et avec le personnel de santé. Je prévoyais de commencer par les interviews avec les malades, pour avoir le temps de passer du statut d'« étrangère », pouvant influencer la routine quotidienne du fonctionnement de la structure sanitaire, à celui de « *personne du milieu* ». J'avais également, quelques semaines avant mon départ, posté une lettre pour prévenir de mon arrivée ; mais je suis arrivée avant la lettre. Personne n'avait donc été informé de mon arrivée. Pour obtenir l'autorisation de mener à bien ma recherche, je suis allée voir le superviseur provincial du programme et lui ai expliqué l'objet de mon travail ; il a rédigé une note pour m'introduire auprès de l'infirmier chargé du CDT où je devais réaliser mon étude. Je m'y suis rendue plusieurs fois et je n'ai pas pu le rencontrer. Je ne pouvais commencer mon travail. Stressée par le temps qui passait et par l'attente, j'ai fini, dans un moment de calme, par me rendre compte de l'intérêt de la situation dans laquelle je me trouvais. J'étais une personne anonyme ; personne ne faisait attention à moi et tout se passait comme si je n'existais pas. Les patients, pensant certainement que j'étais le parent d'une malade ou une « *malade à venir* » se comportaient « *naturellement* », discutaient des « *choses des békassistes* »<sup>8</sup> en ma présence sans aucune gêne. Ceux qui étaient sous traitement ambulatoire évoquaient le souvenir de leur hospitalisation, mettant l'accent sur l'indiscipline de certains malades, parlaient des effets secondaires des médicaments et des solutions pour y remédier. Ils jugeaient l'infirmier et l'auxiliaire de laboratoire qui s'occupaient d'eux, donnaient aux patients encore hospitalisés des tactiques pour les amadouer afin d'obtenir d'eux certaines faveurs, proposaient des solutions pour parler de leur maladie aux autres sans en évoquer le véritable nom. C'est pendant ce bref moment dans l'anonymat que j'ai, je pense, réalisé les observations les plus intéressantes.

Lorsque j'ai pu rencontrer l'infirmier, il m'a fait comprendre qu'il était absolument nécessaire, avant qu'il m'introduise auprès des patients, que je me procure une blouse. Les patients se sentiraient alors « *libres de me raconter leur vie* » et ne seraient pas gênés par la présence d'une « *inconnue* » dans le cabinet de consultation. « *Lorsque les malades voient ça, me disait-il, ils racontent tout !* » Je me suis demandé si la blouse et ma présence dans le cabinet de consultation étaient éthiquement acceptables et si on ne pouvait pas y voir cette banalisation de l'espace de soins dont parle Mebtoul (2001), autorisant l'anthropologue à observer directement la consultation. Par ailleurs, je ne voulais pas être prise pour

---

8 Les problèmes relatifs à la tuberculose et son traitement.

une « infirmière » ou une « stagiaire », catégorie qui de par mon expérience revenait sans cesse lorsque les malades voyaient un « nouveau » en blouse blanche.

Je n'ai pas pu me procurer une blouse blanche : les stocks étaient épuisés. Pour l'infirmier, mon travail ne pouvait commencer. Alors qu'il me le faisait comprendre, il s'est souvenu qu'il n'avait pas respecté la hiérarchie. Avant toute chose, il fallait que je rencontre l'infirmier chef du CDT et qu'il m'envoie chez le surveillant général afin que je fasse la connaissance de toute l'équipe du centre de santé. J'ai fait le parcours requis et, sur mon chemin, une blouse m'a été prêtée. J'étais désormais admise à faire mon étude. Mais une fois la blouse mise, le manteau de « parent », de « patient à venir », m'a été ôté. Les malades semblaient me considérer comme « un des leurs » (Van der Geest & Finkler, 2004), faisant référence au personnel soignant et je devais désormais trouver des astuces pour provoquer des discussions et des réactions spontanées.

Cette expérience, de la confusion de statut à l'identification au personnel du CDT et aux conséquences qui s'ensuivirent dans le rapport avec l'objet d'étude, a changé ma façon d'aborder le terrain. Lors des enquêtes suivantes, j'étais moins stressée et inquiétée par les « surprises » du terrain. J'ai appris à les recevoir, à les analyser et à y trouver un intérêt. J'ai également appris à « répondre au terrain », en définissant la méthode adaptée aux situations que je rencontrais pour obtenir le maximum d'informations possibles, celles que je recherchais, celles qui ne me semblaient pas importantes et accepter celles qui semblaient n'avoir aucun rapport avec mon travail. J'étais donc admise à faire une étude dans le pavillon tuberculeux d'un centre de santé intégré : le CDT d'un CSI. Le plan élaboré (interview avec les malades en premier et le personnel ensuite avec conjointement des observations) n'avait pas fonctionné et je me retrouvais, malgré moi dans un premier temps, ensuite avec un grand intérêt, en train d'observer la vie quotidienne dans un CDT. Expérience nouvelle pour moi, l'ethnographie des unités de soins a pourtant fait l'objet de quelques recherches anthropologiques dont celles d'Anne Vega (2000) en France. En 2004, elle a fait l'objet d'un numéro de la revue *Social Science and Medicine* coordonné par Van Der Geest & Finkler, qui y abordent les difficultés méthodologiques posées par ce type d'enquête, notamment celles qui sont relatives à la mise en œuvre de la deuxième composante de la méthode anthropologique dite « observation participante ». Il y a ici trois possibilités : on se met soit du côté des professionnels, soit de celui de la famille du patient soit encore du côté des patients. La première position est la plus courante et la dernière la plus difficile à mettre en œuvre ; il faudrait ici faire semblant, comme Caudill (1958) qui a étudié la vie dans un hôpital psychiatrique en se faisant

passer pour un malade mental,<sup>9</sup> ou être véritablement malade, et à ce moment-là, rendre compte de sa propre expérience comme Nijhof (2001). En ce qui me concerne, il a existé, pendant toute la durée de mon séjour dans le pavillon tuberculeux, une certaine confusion au sujet de mon statut ; à la fin de mon enquête par exemple, j'ai dû passer un test, l'infirmier chef de la formation sanitaire voulant s'assurer que j'avais bien retenu « *tout ce qui m'avait été enseigné* ». Seulement, les questions qu'il me posait et auxquelles à sa grande surprise j'étais incapable de répondre relevaient plus du programme d'un étudiant de médecine, dont il s'imaginait que j'étais, jusqu'à ce que je lui rappelle que le protocole de recherche qu'il avait exigé et que je lui avais remis relevait des sciences sociales. D'autre part, les malades à qui j'avais clairement signifié que je n'étais ni stagiaire, ni infirmière, ni étudiante en médecine, mais anthropologue, ne parvenaient pas à me cataloguer. Ainsi, à la fin de mon séjour, ils se demandaient encore en plaisantant, « *mais cette fille qui n'est ni stagiaire, ni infirmière, que fait-elle au juste ici ?* ». Il ne me semble pas que cette confusion de statut ait eu une influence particulière lors des entretiens que j'ai menés. Je n'entrais simplement pas dans les catégories habituelles des patients et le personnel n'était pas habitué à la présence d'une catégorie professionnelle autre que celles ayant trait à la pratique de la médecine.

## 2- Les interviews

Au départ, je voulais obtenir le maximum d'entretiens pour essayer de faire des généralisations. Mais j'ai réalisé qu'il n'était pas possible, par le moyen de l'enquête qualitative, d'obtenir des informations généralisables. J'ai donc choisi de dire, sur la base de quelques entretiens réalisés dans des conditions techniques et relationnelles satisfaisantes, quelque chose sur le vécu avec la maladie, la tuberculose en l'occurrence.

En général, je choisissais les malades à interviewer à la suite de leur passage dans le cabinet de consultation. Ceci n'était bien sûr valable que pour les malades en phase ambulatoire ; l'infirmier m'introduisait auprès des malades hospitalisés. Je réalisais les entretiens dans les formations sanitaires où, de temps en temps, un cabinet libre m'était alloué. Lorsqu'il n'y avait pas de local disponible, j'aménageais un petit espace à l'arrière des chambres d'hospitalisation ou dans les chambres d'hospitalisation (si le malade était seul). Les entretiens étaient surtout formels et de type approfondi. Il m'arrivait de réaliser des entretiens de type informel avec des personnes que je rencontrais dans la cour du CSI et avec lesquelles je ne pouvais avoir de

---

<sup>9</sup> Le problème ici étant de pouvoir prouver à la fin de l'étude qu'on n'était pas un malade mental, mais un chercheur ou apporter des preuves de guérison.

discussion parce qu'elles n'étaient pas disponibles ou parce que je souhaitais seulement avoir quelques éclaircissements sur des points notés lors de leur consultation, comme ce monsieur qui s'était fait rabrouer parce que, déclaré positif après son examen de crachat, il avait « *disparu* » et était revenu deux semaines plus tard se faire hospitaliser. L'homme ne semblait pas « *pauvre* » ; il avait déjà eu la tuberculose et il était en possession de ce diagnostic attestant qu'une fois encore il l'avait attrapée ; cependant, il avait décidé du moment à partir duquel il serait « *malade* ». Imaginant qu'il ne pouvait pas me répondre aisément dans le cabinet de consultation, je l'ai suivi quelques instants après son passage pour une discussion.

Il m'arrivait aussi de m'asseoir avec les malades pour susciter des discussions, les entendre plaisanter, bavarder. Je dois signaler le malaise qu'on peut parfois éprouver lors des entretiens avec les tuberculeux, surtout quand ils commencent la chimiothérapie. Ils sont quelquefois secoués par des quintes de toux qui amènent à se demander si l'objet d'étude ou l'histoire qui est relatée suffisent à justifier la souffrance infligée au malade. On rencontre aussi des malades qu'intérieurement on pourrait juger « *intéressants* » pour l'étude mais dont l'état général constitue une « *barrière morale* » à l'interview. De quel droit peut-on s'avancer vers un homme, une femme, qui arrive à peine à se déplacer, pour lui proposer un entretien qui en fin de compte le prive de son énergie sans directement rien lui rapporter ? Les interviews avec les malades ont été complétées par des entretiens avec les responsables du PNLT à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Lors de mes premières enquêtes, j'avais préparé un guide d'entretiens pour les personnels de santé grâce auxquels j'avais amassé le maximum d'informations sur le fonctionnement du programme. Ceci étant clair, je souhaitais dégager dans l'activité quotidienne de ces professionnels des éléments pouvant expliquer la « *non-observance* » du système de santé. Pour cela, je profitais de la position qu'ils m'offraient (trier les fiches de malades, distribuer les médicaments, préparer les lames à observer au microscope etc.), pour écouter et observer. Je pouvais ainsi, pour parler comme Mebtoul (2001), déceler les logiques qui imprègnent leur activité professionnelle et être témoin des obstacles et des difficultés qu'ils rencontrent dans la mise en œuvre du PNLT.

### 3- Les archives

Comme je l'ai déjà souligné dans cette partie, durant ce travail, j'ai touché à cet outil qui m'était jusque-là étranger. Richard Joseph (1986) avait déjà signalé la difficulté de travailler aux Archives Nationales de Yaoundé qui à ce moment-là n'étaient pas classées. Je ne m'attendais donc pas à avoir la tâche facile.

A Garoua, les archives se trouvaient à l'arrière de la sous-préfecture, non classées. Parmi les dossiers, on trouvait surtout les correspondances entre administrateurs sur divers sujets, dont les différends entre chefs, entre « *indigènes* », les questions de terrain etc. et quelques rapports annuels. N'ayant pas beaucoup de temps et comptant faire le maximum à Yaoundé où j'espérais trouver les dossiers classés, j'avais focalisé mon attention sur les journaux officiels de l'époque. L'objectif était d'avoir une idée des arrêtés relatifs à la protection de la santé publique et de voir si, sur la base de ces arrêtés, je pouvais me représenter la structure du système de santé à l'époque de la colonisation française. Après dix jours de recherches, j'avais entre autres mis la main sur un arrêté du 15 décembre 1932, texte de base réorganisant le système de santé avec le pressentiment de toucher à une pièce essentielle, une preuve d'un de ces moments de « *rupture* » que j'ai déjà évoqués. J'ai copié le document qui tombait littéralement en miettes et j'ai poursuivi mes recherches aux Archives Nationales de Yaoundé. Les archives étaient « *classées* ». Je me suis surtout intéressée au Fichier Santé. J'ai demandé à consulter tous les dossiers qui comportaient dans leurs titres les mots santé, maladies, épidémies et les rapports annuels que le responsable du service m'a proposés après avoir saisi l'objet de ma recherche. J'ai également poursuivi la consultation des *Journaux officiels* qui, plus que les correspondances et les rapports annuels, m'ont permis d'avoir une idée de la structuration du service de santé. Il faudrait peut-être que je signale qu'à Yaoundé je n'ai pas trouvé le *Journal Officiel* de 1932. A la fin de mon séjour, j'avais le sentiment d'avoir seulement effleuré la question. J'ai alors décidé de poursuivre ce travail d'archives à l'Institut Pasteur de Paris et plus tard à l'IMTSSA, au Pharo, à Marseille. Le fond des Archives de l'Institut Pasteur de Paris sur le Cameroun a été exploité dans sa totalité et a finalement servi de squelette sur lequel se sont greffés les éléments obtenus ailleurs. Les informations recueillies ont, comme je l'ai noté, fini par attirer mon attention sur la maladie du sommeil et j'ai essayé de reconstituer la réaction du gouvernement colonial face à l'épidémie qui sévissait au Cameroun dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Les données étant insuffisantes, je suis retournée lors d'un dernier séjour sur le terrain aux Archives Nationales de Yaoundé.

Lors de ma première consultation, j'avais noté toutes les références qui m'intéressaient et souligné celles que j'aurais souhaité consulter ultérieurement ; lors de ce passage, j'ai de nouveau consulté le Fichier Santé pour m'assurer que je n'avais pas laissé une référence importante. A ma grande surprise, le fichier était presque vide et tous les dossiers consultés deux ans auparavant avaient disparu. Par contre, parmi la demi-douzaine de références de dossiers qui y figuraient, j'en ai trouvé qui n'y étaient pas les fois précédentes et sur lesquels j'ai décidé de me pencher. Ils n'ont pas été

trouvés dans les magasins et j'ai reçu l'autorisation de les chercher moi-même dans la multitude de dossiers posés en piles sur les tables ; je n'ai retrouvé qu'un dossier sur les trois titres identifiés. Toutefois, en me livrant à cette fouille, j'ai trouvé çà et là d'autres textes, probablement mis de côté par des lecteurs, comportant des informations utiles pour mon travail.

Pour terminer, je donnerai quelques éléments de précision. Ces documents d'archives, écrits en général par les administrateurs, les médecins civils ou militaires, font pour ce qui concerne le système de santé et surtout la maladie du sommeil partie intégrante de l'histoire d'un corps de médecins, le Corps de Santé Colonial (je vais y revenir), l'histoire de la victoire d'une organisation sur une maladie, une épidémie. C'est donc une histoire investie de passions, qui pourraient conduire à trouver tout travail n'allant pas dans le sens d'une hagiographie incomplet et mal documenté d'autant plus que, comme le remarque P. Bourdelais,<sup>10</sup> dans les archives, on arrive toujours à trouver des éléments pour valider son hypothèse. On notera également l'absence des « *indigènes* », qui ôte un aspect particulièrement intéressant de ce travail : saisir la réaction des populations aux initiatives du gouvernement colonial. Celle-ci apparaît çà et là, décrite de façon superficielle par les administrateurs mais ne permettant pas de comprendre le contexte et les raisons des comportements rapportés. Cela nous permet au moins de dire avec Anne-Christine<sup>11</sup> Taylor que le travail d'archives montre ce qui n'est pas pris en compte : il montre l'oubli.

Je ne manquerai pas de mentionner qu'à côté de ces documents d'archives certains volumes du *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* m'ont été d'une aide précieuse. Si les numéros datant des années 1908 à 1932 m'ont apporté des précisions et des informations complémentaires, cette revue me permettait surtout de vérifier l'exactitude ou la pertinence des informations obtenues à partir de la lecture des articles, thèses, ouvrages et archives consultés.

### III- REINTERROGER LE PASSE ET LE PRESENT

Parmi toutes les pathologies menaçant la santé des populations camerounaises dès ses premiers contacts avec les Occidentaux, une va se distinguer de toutes les autres ; elle était déjà connue du Corps de Santé Colonial et va finir de marquer l'histoire de cette organisation et, ce faisant, l'histoire des systèmes de santé africains. Il s'agit de la maladie du sommeil.

---

<sup>10</sup> Séminaire du 19 avril 2005 *Construire une histoire de la santé publique*.

<sup>11</sup> Intervention du 12 avril 2005 intitulée « Faire et dire de l'histoire en Amazonie », séminaire de Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin à l'EHESS : *Médiations théoriques et pratiques de l'Anthropologie*.

Attirant l'attention par son ampleur, par la gravité de ses explosions épidémiques et par ses manifestations (Dozon, 1985), on la retrouvera à l'origine du bouleversement de l'organisation première des systèmes de santé dans les colonies françaises : au schéma d'une médecine curative individuelle, s'ajoutera une médecine préventive de masse. Au médecin attendant les malades dans son infirmerie, à l'hôpital ou au dispensaire, s'associera un médecin mobile. A une médecine statique sera donc associée une médecine mobile. C'est pour lutter contre la maladie du sommeil que l'administration coloniale française mettra en œuvre les premières politiques verticales de santé. Devant le péril qu'elle représentait au Cameroun, le Gouvernement acceptera, par la voie du Ministère des Colonies, de mettre sur pied un organisme spécial ayant pour mission unique de lutter contre le « *péril sommeilleux* ». C'est ainsi que va naître la Mission autonome de prophylaxie de la maladie du sommeil, première initiative verticale mise en œuvre au Cameroun, initiative qui sera reprise en AOF et expérience qui restera unique dans l'histoire du Cameroun.

J'ai déjà précisé que c'est autour de la trypanosomiasse humaine que s'était constituée la médecine préventive de masse. En quoi consistait-elle ? Il s'agissait, suivant une terminologie foucauldienne, du quadrillage systématique des espaces et de la catégorisation des individus. Il s'agissait de décomposer les implantations collectives, d'analyser les pluralités confuses. Il s'agissait également d'annuler la disparition incontrôlée des individus, leur circulation diffuse, leur coagulation inutilisable et dangereuse, d'établir des présences et des absences, de savoir où et comment retrouver les individus, d'instaurer les communications utiles, d'interrompre les autres, de pouvoir surveiller à chaque instant la conduite de chacun, l'apprécier, la sanctionner. Il s'agissait donc en fin de compte de procédures pour connaître, pour maîtriser et pour utiliser, d'une tactique d'antidésertion, d'antivagabondage, d'antiagglomération, organisant un espace analytique pour annuler les effets des répartitions indélicates. Ainsi s'organisaient des « *emplacements fonctionnels* » pour répondre à la nécessité de surveiller, de rompre les communications dangereuses, mais aussi de créer un espace médicalement utile, le corps humain se situant ici dans une machinerie de pouvoir qui le fouille, le désarticule et le recompose. On était là dans une « *anatomie politique* », une « *mécanique du pouvoir* », qui définit comment on peut avoir prise sur le corps des autres (Foucault, 1975). Foucault faisait allusion à cette prise de pouvoir sur les corps dans ce qu'il a appelé les « *disciplines* », cet ensemble de méthodes permettant le contrôle minutieux du corps et de ses opérations, assurant l'assujettissement constant de ses forces et leur imposant un rapport de docilité-utilité (Foucault, *Idem*).



On retrouve la trypanosomiase à la croisée des trajectoires personnelles, faisant et défaisant les « héros », brisant des carrières, semant animosité et conflits. Ainsi en est-il d'Eugène Jamot, auteur présumé de la méthode dite « révolutionnaire » de lutte contre la trypanosomiase qu'il mettra en œuvre avec succès en Oubangui-Chari, au Cameroun et en AOF. Sacré « vainqueur de la maladie du sommeil » en 1931, le même personnage sera disgracié et la méthode dont il aurait été l'inventeur appliquée non seulement à la lutte contre la trypanosomiase, mais à toutes les autres endémies africaines.

Parce qu'elle constitue un nœud d'enjeux, de paradoxes, de ruptures, parce qu'elle a été déterminante dans l'histoire de la santé publique en Afrique, à l'origine d'une anatomie politique, d'une mécanique du pouvoir, d'un biopouvoir (Foucault, 1997), la maladie du sommeil m'intéresse. Elle m'intéresse d'autant plus que, malgré la mobilisation qu'elle a suscitée au début du siècle dernier, aucun vaccin n'existe encore et que les perspectives d'en trouver un reste toujours lointaines (Dozon, 1985 ; Louis & al., 2002) ; par ailleurs, ses explosions épidémiques çà et là attirent de plus en plus l'attention de la communauté internationale. Elle m'intéresse en fin de compte parce qu'elle me permet d'interroger le présent à partir du passé et vice-versa.

J'ai indiqué que la stratégie mise sur pied pour lutter contre la maladie du sommeil fut par la suite généralisée aux autres endémies. Ensuite viendront les indépendances. Le modèle qui avait été ainsi forgé par l'expérience, mis sur pied par des médecins formés dans un même moule selon la trilogie de la sagesse opérationnelle, de l'accord dans la conception, de l'union dans la réalisation et de la persévérance dans l'effort, qui rendaient le personnel interchangeable, permettait une unité de vue et garantissait la continuité des programmes sanitaires (Lapeyssonnie, 1988), mais il subira les effets des bouleversements entraînés par les indépendances africaines. En effet, le personnel européen qui avait jusque-là conçu, organisé et structuré le système de santé, qui avait exécuté les politiques de santé, passera à l'assistance technique et sera progressivement remplacé par les cadres locaux. La « transition se fait en douceur » ([www.asnom.org](http://www.asnom.org)) et on entre progressivement dans l'ère de la coopération technique avec la création des structures fédératives telles que l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE) en Afrique de l'Ouest et l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les grandes endémies en Afrique Centrale (OCGEAC). Ces organismes comprennent alors les Etats africains membres et un Etat européen qui assure financièrement la moitié de son fonctionnement, celui de ses centres et instituts et apporte une contribution en fournissant au titre de l'assistance

technique le personnel spécialisé ([www.asnom.org](http://www.asnom.org)). Mais les effets du déséquilibre causé par la transition ne tarderont pas à se manifester. Ainsi à la fin des années 70, le constat du peu d'efficacité des systèmes de santé africains sera noté. La situation nécessitait une stratégie révolutionnaire.

Le problème sera débattu à la conférence qui s'ouvre à Alma-Ata en 1978. Les systèmes de santé africains entreront alors dans une nouvelle ère marquée par l'investissement des Organisations Internationales, de coopération et ONG locales dans l'offre de santé et la planification de la santé publique. La crise de la fin des années 80 et du début des années 90, entraînera un retrait progressif de l'Etat en ce qui concerne la santé des populations et un investissement encore plus important des organisations internationales dans la planification et l'organisation de l'offre de soins. On assistera ainsi à une balkanisation du système de santé et à la prise en charge des corps par une multitude de pouvoirs parfois dans une confusion émanant principalement de l'absence d'une politique ou de directives nationales en ce qui concerne la santé publique et un amas de politiques verticales ou de programmes dont les résultats s'inscrivent plus dans les stratégies des bailleurs de fonds, que dans les orientations gouvernementales. On assiste donc à un éclatement du biopouvoir et du gouvernement de la vie (Foucault, 1997 ; 2004 ; Fassin & Memmi : 2004), la santé des populations étant confiée à une multitude d'acteurs dont les orientations et les stratégies diffèrent, sans ligne directrice, sans objectifs nationaux globaux à atteindre, les politiques de santé s'inscrivant dans une logique d'acteurs plus que dans une logique gouvernementale ou nationale et c'est dans cette sorte de cafouillage ou de confusion que les malades se débrouillent pour obtenir des soins acceptables à un coût abordable, avec leur pleine participation suivant les directives d'Alma-Ata. C'est dans ce cafouillage que certaines maladies sont déclarées prioritaires et d'autres orphelines. Ainsi la trypanosomiase, après des années d'oubli, a été, en 2003, déclarée question prioritaire de santé publique.

On ne peut pas simplement invoquer les statistiques pour expliquer un pareil renouvellement d'intérêt, ce qui nous amène à nous poser des questions : comment se construit l'intérêt pour une question particulière de santé ? Comment arrive-t-on à faire d'une maladie une question prioritaire de santé publique ? Comment naissent les politiques verticales de santé ? Si on considère que la déclaration d'une épidémie par les autorités n'est pas simplement la résultante du constat ou de l'éventualité d'une situation épidémiologique critique, mais également un acte politique (Lyons, 1985), on peut penser que les politiques de santé ne sont pas seulement des initiatives publiques ou gouvernementales et que dans la construction d'une question de santé publique, d'une priorité de santé publique, ou finalement

d'une « *épidémie* », un ensemble de facteurs, d'acteurs, de circonstances, de situations et quelquefois de hasard s'entremêlent, créant une conjoncture qui favorise l'émergence d'une question précise de santé, entraînant la prise de mesures spécifiques pour marquer la nature distincte de la pathologie ciblée (déblocage de fonds et nouvelle catégorisation : maladie prioritaire). On crée alors une situation de crise sanitaire s'accompagnant de mesures d'exception dans certaines régions (zones interdites, visas d'entrées et de sorties, déplacements réglementés etc. comme lors de la dernière épidémie de pneumonie atypique) et pour certaines catégories d'individus (personnes vulnérables ou à risque). Certains acteurs se voient dotés de nouveaux pouvoirs, de nouveaux espaces, d'une nouvelle visibilité tant dans le monde scientifique que dans les médias (on est le ou les spécialistes de la maladie X, responsable ou coordonnateur de la mission Y contre la pathologie X ou du Programme X contre ladite pathologie ; on est invité à donner telle conférence, à apporter quelques éclairages, précisions, à faire une publication sur l'état des lieux etc.).

On marque, on classe, on catégorise les corps (malades, guéris, résistants, etc.), on s'approprie territoires et espaces et, quelquefois, de nouvelles professions voient le jour (superviseur, infirmier-piqueur ou microscopiste, écrivain-interprète etc.).

Pendant toute une période, la trypanosomiase fit l'objet d'une réaction politique et de mesures spécifiques. Aujourd'hui, malgré son statut de maladie prioritaire, aucune action décisive n'a encore été menée au Cameroun. La trypanosomiase nous permet ainsi de nous situer premièrement dans le présent et de réinterroger l'histoire en nous demandant dans un premier temps en quoi et pourquoi Jamot a réussi dans son désir d'attirer l'attention sur le problème que posait cette maladie au Cameroun et de susciter une réaction en terme de lutte décisive contre celle-ci. J'ai indiqué qu'elle avait été à l'origine des premières mesures radicales de santé publique initiées en Afrique. En effet, elle donnera naissance dans ce continent à ce que la tuberculose avait engendré en Europe : un quadrillage systématique de l'espace, un « *traquage* », un « *fichage* » (Grellet & Kruse, 1983), un dépistage, une catégorisation des individus. Faire ainsi l'histoire de la lutte contre la trypanosomiase et de la lutte contre la tuberculose, c'est aussi rendre compte de cette emprise du pouvoir sur les corps à deux moments de l'histoire du Cameroun.

A une situation de crise, l'administration coloniale pour des raisons qui seront analysées a répondu par un système spécial. Aujourd'hui à une situation de crise, les organisations internationales répondent par des initiatives verticales d'une façon ou d'une autre imposées aux gouvernements. Le déplacement du pouvoir dans ce sens est d'ailleurs

intéressant. A un système colonial qui prive les sujets de liberté, un problème s'est posé. Il y a été répondu par un autre système marquant et aggravant l'emprise du pouvoir sur les corps. Sur le même territoire devenu « *indépendant* », un problème semblable se pose et on s'attendrait à ce que ce soit l'Etat ou son gouvernement qui prenne l'initiative de s'y intéresser ; or l'initiative sera « *externe* », ce qui pose les questions suivantes : Qui aujourd'hui est responsable de la santé publique au Cameroun ? Qui sur ce territoire aux frontières bien déterminées décide des questions prioritaires de santé et de l'action à entreprendre ? Qui décide de la vie, de la mort ou de la prise en charge d'une certaine catégorie de sujets malades ? Dans un contexte saturé d'initiatives verticales, que reste-t-il des initiatives gouvernementales ?

La trypanosomiase nous permet de nous situer dans une conjoncture historique et d'interroger le présent en nous demandant si une « épopée Jamot » est encore possible, autrement dit si on peut encore vaincre une épidémie en Afrique, au Cameroun. Dans ce contexte d'éclatement du biopouvoir et du gouvernement de la vie, est-il encore possible d'arriver à bout d'une épidémie, de contrôler une maladie ? En outre, l'acharnement des Organisations Internationales et de coopération, et la multiplication des initiatives verticales, malgré les échecs, poussent à s'interroger et à questionner les objectifs de la coopération dans le domaine de la santé. Ainsi à la question une épopée Jamot est-elle encore possible aujourd'hui, s'ajoutera la question suivante : pourquoi continuer à investir dans la santé malgré les échecs ? Dans un ouvrage récent, Dujardin (2004) essayait d'expliquer les raisons des échecs multipliés des politiques de santé et tentait de donner une réponse à cette question en avançant l'hypothèse d'un paradigme pasteurien envahissant, aveuglant, renforcé par les cadres de la formation des jeunes médecins, fort pour l'établissement des diagnostics et de traitement et dépourvu de moyens devant la souffrance. Mais il semble que ce soit une partie de la réponse et que le paradigme pasteurien, s'il peut expliquer les échecs, ne permette pas de comprendre pourquoi on continue à coopérer, à investir dans la santé malgré les échecs. On peut donc avancer l'hypothèse que d'autres enjeux se cachent derrière cette volonté de « *venir en aide* ». Il s'agira donc de décrypter les éléments, enjeux, facteurs qui sous-tendent l'action des bailleurs de fonds dans le domaine de la santé. La trypanosomiase permet en fin de compte de poser la question de la validité des initiatives verticales et de réagir par rapport au débat verticalité/horizontalité des programmes de santé qui s'est posé à la suite de la conférence d'Alma-Ata en 1978.

#### IV- PLAN DE L'OUVRAGE

Le corps de cet ouvrage sera structuré en deux grandes parties, portant respectivement sur la naissance de la mission autonome de prophylaxie de la maladie du sommeil et sur celle du Programme National de Lutte contre la Tuberculose. Après avoir présenté l'histoire du Cameroun avec une insistance particulière sur les questions sanitaires au chapitre premier, j'aborde la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun avant la création de la mission permanente de prophylaxie de ladite maladie, je traite des facteurs qui auraient favorisé sa création pour répondre d'une certaine façon à une des questions centrales de ce travail, à savoir : comment naissent les politiques verticales de santé ? Le chapitre trois présente l'œuvre accomplie par la mission de prophylaxie de la maladie du sommeil. Elle fut supprimée dès le constat établi que la maladie du sommeil n'était plus une menace pour les populations du Cameroun. Jusqu'à ce jour, on compte moins d'une centaine de cas par an et le Cameroun est considéré comme un des pays où la maladie est en voie d'éradication.<sup>12</sup> La fin du chapitre décrit les changements apportés à la structure du système de santé à la suite de la mission et des moments de rupture évoqués : Conférence de Brazzaville, indépendance, conférence d'Alma-Ata et Initiative de Bamako. Les derniers paragraphes présentent la structure actuelle du système de santé.

La deuxième partie du travail traite de la naissance et de la mise en œuvre du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Je précise qu'il ne s'agit pas de faire l'histoire de la lutte antituberculeuse au Cameroun, mais celle d'une initiative verticale dénommée « Programme National de Lutte contre la Tuberculose ». Le chapitre quatre est construit autour de l'émergence du PNLT et décrit sa mise en œuvre effective dans un Centre de Dépistage et de Traitement (CDT). Je vais préciser que l'histoire du PNLT a deux moments et qu'elle est marquée dans le premier par l'absence de crédits, la mobilisation d'un groupe réduit de personnes et le désir de l'étendre à l'ensemble du territoire. Le deuxième moment de cette histoire abordée au chapitre cinq est principalement marqué par l'entrée du Fonds Mondial dans le financement des activités de lutte contre la tuberculose ; dans ce chapitre, je traite des changements apportés par la disponibilité des fonds.

Lorsque j'ai entrepris la rédaction de cette partie, j'avais prévu quatre chapitres ; chacune des deux périodes du PNLT aurait été suivie d'un

---

<sup>12</sup> Chose significative, à l'OCEAC, au Cameroun, il n'existe pas d'équipe travaillant sur la maladie du sommeil, ce qui, il y a encore quelques années, aurait tout simplement été impensable.

chapitre rendant compte de la mise en œuvre effective du programme dans les CDT. Je souhaitais donc décrire le déroulement de la prise en charge des malades à deux moments de l'histoire du PNLT. Cela devait à mon sens permettre d'apprécier les changements, si changements il y avait eu. Mais pendant le travail de terrain et d'analyse des données, j'ai réalisé que si la disponibilité des « *Fonds Mondiaux* » avait entraîné une restructuration du programme, l'avait rendu plus visible dans l'espace médical urbain, sur le plan de la prise en charge des malades, il n'y avait pas eu de réel changement. Au lieu, dans ce deuxième moment de l'histoire du PNLT, de reprendre une autre description semblable à celle que j'élabore au chapitre quatre, j'ai essayé de me focaliser sur certaines questions que j'ai jugées intéressantes. En effet, à côté de tout ce qui semblait être les dysfonctionnements du programme ou les écarts entre les textes et la réalité (dont le modèle que je vais décrire au chapitre quatre correspond à la réalité de l'ensemble des CDT que j'ai visités), la question de la relation médecin-infirmier, qui se lisait dans certains dialogues et situations mettant en scène les patients et les infirmiers, me paraissait digne d'intérêt. Se posait également la question de l'information, de l'éducation et de la communication, IEC, donc du rapport patients-personnels soignants, infirmiers dans le cas précis. J'examine également ces questions au chapitre cinq. Comment naissent les politiques verticales de santé ? Que nous enseignent la naissance et la mise en œuvre de ces deux initiatives ? Que nous enseignent ces maladies au sujet de l'histoire, du corps ? Le dernier chapitre de ce travail (Chapitre VI) tente de donner des réponses à ces questions.

# CHAPITRE I

## Le Cameroun, aperçu historique

### I- LA NAISSANCE D'UN PROTECTORAT ALLEMAND

Le Cameroun entre dans l'histoire officielle par sa région côtière. Des navigateurs au service d'un marchand de Lisbonne arrivent vers 1472 dans la baie de Biafra et visitent l'île de Fernando Pô. Lorsqu'ils entrent dans l'estuaire de la rivière aujourd'hui dénommée Wouri, ils sont frappés par la présence d'innombrables crevettes et nomment la rivière « *Rio dos Camaroês* » ou « *rivière des crevettes* ». <sup>13</sup> C'est par ce nom qu'elle sera désignée sur les premières cartes portugaises de la région (Le Vine, 1985). <sup>14</sup>

Les Portugais n'établirent pas de postes fixes sur la côte et n'explorèrent pas l'arrière-pays camerounais. En 1827, devenus la puissance dominante sur la côte nigériane et camerounaise, les Anglais obtinrent de l'Espagne la permission d'occuper Fernando Pô et profitèrent de leur installation sur l'île pour encourager plusieurs entreprises de Bristol et de Liverpool à créer des postes de commerce sur pontons flottants sur la « *rivière Cameroun* ».

Les commerçants britanniques, de même que les chefs autochtones, étaient désireux d'obtenir un protectorat britannique officiel sur la côte du Cameroun, les premiers pour maintenir leur monopole et les autres parce qu'ils s'étaient habitués aux Britanniques et estimaient plus facile de traiter avec ces derniers qu'avec les Français (Le Vine, 1985). Entre 1877 et 1884, les rois autochtones de la côte adressèrent de nombreuses requêtes de protection et d'annexion, soit à Londres, soit au consul Hewett dans le golfe de Guinée. Le gouvernement britannique temporisa jusqu'en 1882 et chargea finalement le consul Hewett de visiter la rivière Cameroun et de rédiger un rapport sur les rois, la population et le commerce du territoire afin que le gouvernement puisse prendre une décision judicieuse sur la question de

---

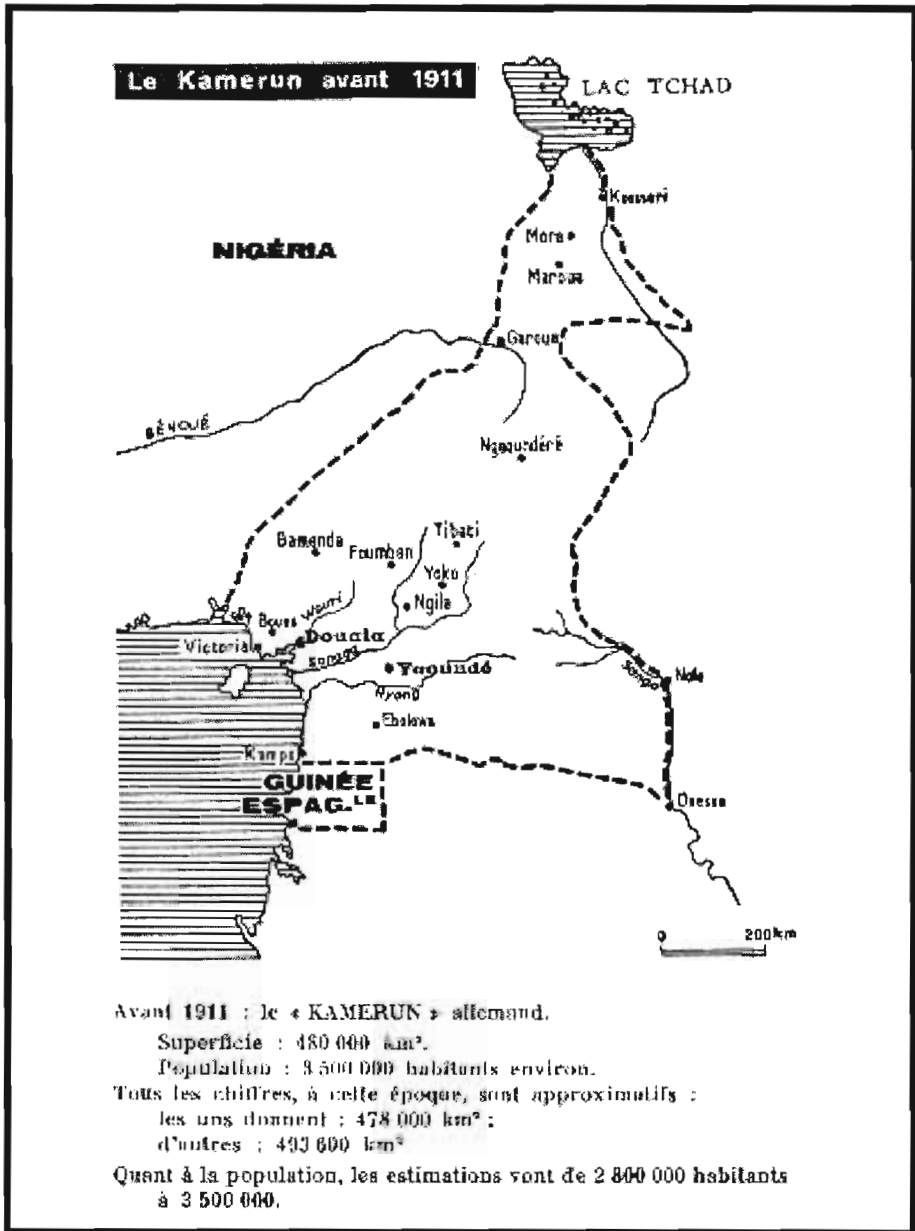
<sup>13</sup> Owona (1996) note que ce phénomène se produit encore de nos jours : tous les trois ans, on peut observer dans le Wouri le pullulement de crustacés de couleur blanchâtre que les Douala appellent *mbéa-toé* et dont le nom scientifique est *Calianassa turnerana* White.

<sup>14</sup> Changeant de forme suivant les langues, cette appellation finira par s'appliquer à une région bien plus étendue que le bassin du Rio Dos Camaroês (Owona, 1996).

l'annexion (Le Vine, Idem). Hewett fit une description de la région et de la « *rivière Cameroun* ». Mais pour le gouvernement de Londres, les passages les plus importants du rapport étaient ceux qui traitaient du commerce français en expansion dans les districts d'Oil Rivers, dans le Sud du Nigeria. Hewett recommanda de signer des traités avec les chefs autochtones, les engageant à ne pas céder leur territoire à des puissances étrangères sans le consentement du gouvernement de Sa majesté. Le gouvernement anglais approuva et décida de l'envoyer avec le texte des traités à faire signer. Le plan prévoyait qu'Hewett devait parcourir la côte nigériane avec ses projets de traités tandis qu'un autre Anglais, le capitaine Brooke, devait aller à Big Batanga, dans le Sud du Cameroun, pour faire signer l'un de ces traités par le roi des Batanga, allié des Anglais. Brooke apprit pendant son séjour qu'une canonnière allemande, appelée Möwe, allait s'engager sur la rivière Cameroun. Il dépêcha un lieutenant à Douala pour rassurer les rois autochtones et leur demander de ne conclure aucun traité avant l'arrivée de Hewett. Lorsque ce dernier apprit l'arrivée du Möwe, il changea ses plans pour se diriger vers la rivière Cameroun mais, à son arrivée, les rois douala avaient déjà conclu un traité avec le Dr Nachtigal qui était à bord du Möwe. Le territoire cédé aux Allemands avait une superficie d'environ 480 000 km<sup>2</sup> et une population d'environ 3 500 000 habitants (Mveng, 1963).



Carte 1 : Le Cameroun avant 1911



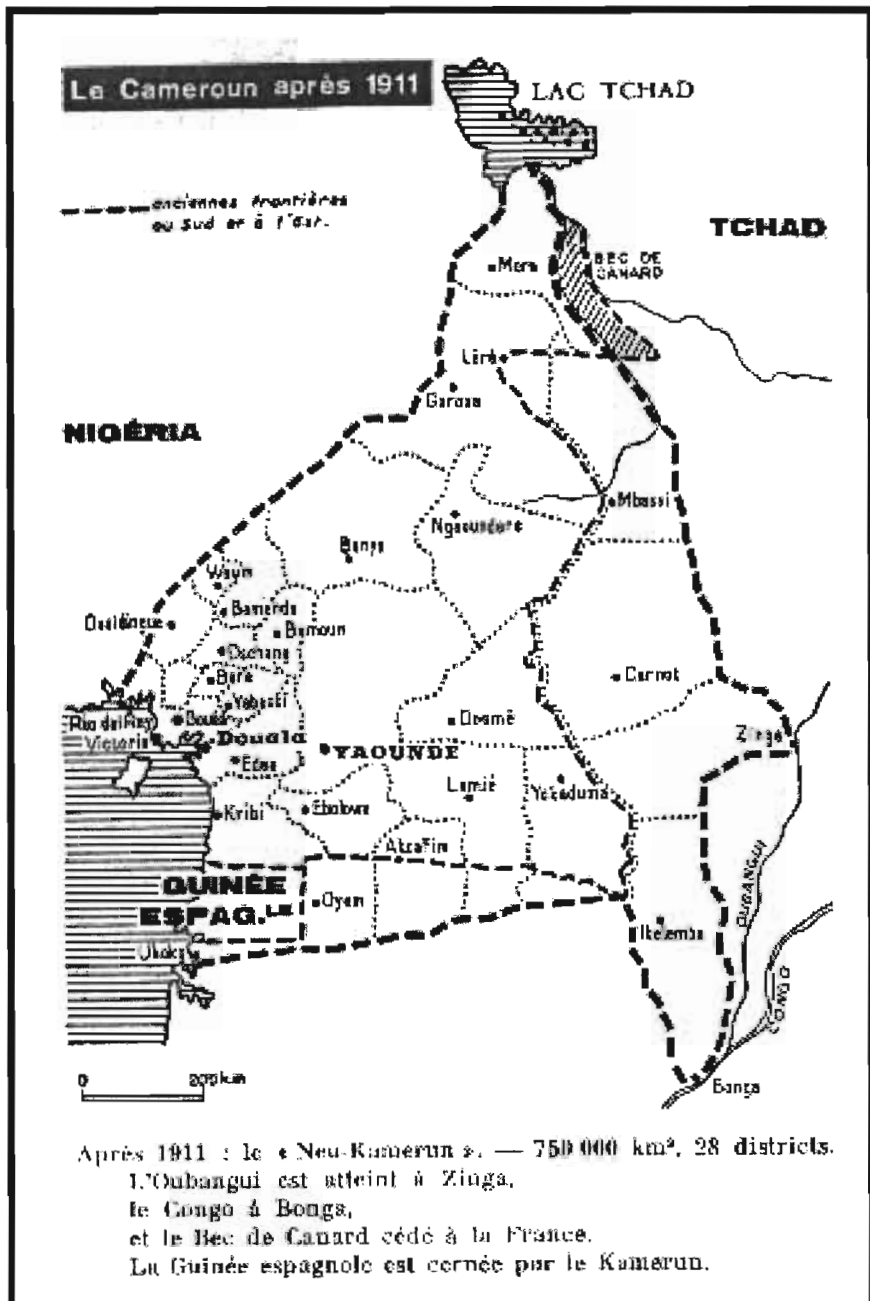
Source : Mveng, 1963 : 305

Le 4 novembre 1911, un traité redimensionna le Cameroun en donnant à l'Allemagne environ 277 130 km<sup>2</sup> du Congo français. La région acquise par les Allemands, connue sous le nom de « Nouveau Kamerun » avait une population d'environ 1 000 000 d'habitants. La colonie avait une superficie totale de 900 000 km<sup>2</sup>, une forme triangulaire, avec au sud une base s'appuyant sur le Gabon français et la Guinée espagnole ; le sommet touchait le lac Tchad, son côté Ouest le Nigeria anglais et son côté Est les possessions françaises du Tchad, de l'Oubangui-Chari et du Moyen-Congo. Par ses deux antennes Bonga et Zinga, le Cameroun touchait à l'Etat belge du Congo. Le Sud de la colonie était couvert de forêt et tout le pays arrosé par une grande quantité de cours d'eau dont quelques-uns navigables<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Pour le général de division Joseph Gauderique Aymérich, cette convention signée sous la pression de l'Allemagne n'avait pas seulement eu pour conséquence de diminuer notablement l'étendue de l'AEF, elle avait aussi désorganisé ses communications. Les deux antennes que le Cameroun projetait désormais en avant comme « deux bras menaçants » aboutissaient l'une au confluent de la Sangha avec le Congo, l'autre jusqu'à l'Oubangui au confluent de la Lobaye, partageant la colonie du Moyen-Congo en deux tronçons et maîtrisant les communications fluviales et télégraphiques de la colonie avec l'Oubangui et le Tchad. Si en temps de paix ces deux barrages constituaient une entrave fâcheuse pour l'AEF, par ailleurs convoitée par les Allemands, en temps de guerre, la situation revêtait un caractère encore plus alarmant. La priorité à ce moment-là serait alors de renverser ces deux obstacles afin de rétablir la sécurité et la liberté des communications. Pour le faire, deux détachements seraient envoyés dès la première heure, l'un de Brazzaville pour s'emparer de Bonga, l'autre de Bangui pour exécuter la même opération sur Zinga (Aymérich, 1933). A la suite de cette convention, le Commandement Général de l'AEF modifia le plan de défense des territoires français limitrophes du protectorat allemand.

Carte 2 : Le Cameroun après 1911



Source : Mveng, 1963 : 308

## II- LA GUERRE ET LE MANDAT FRANÇAIS

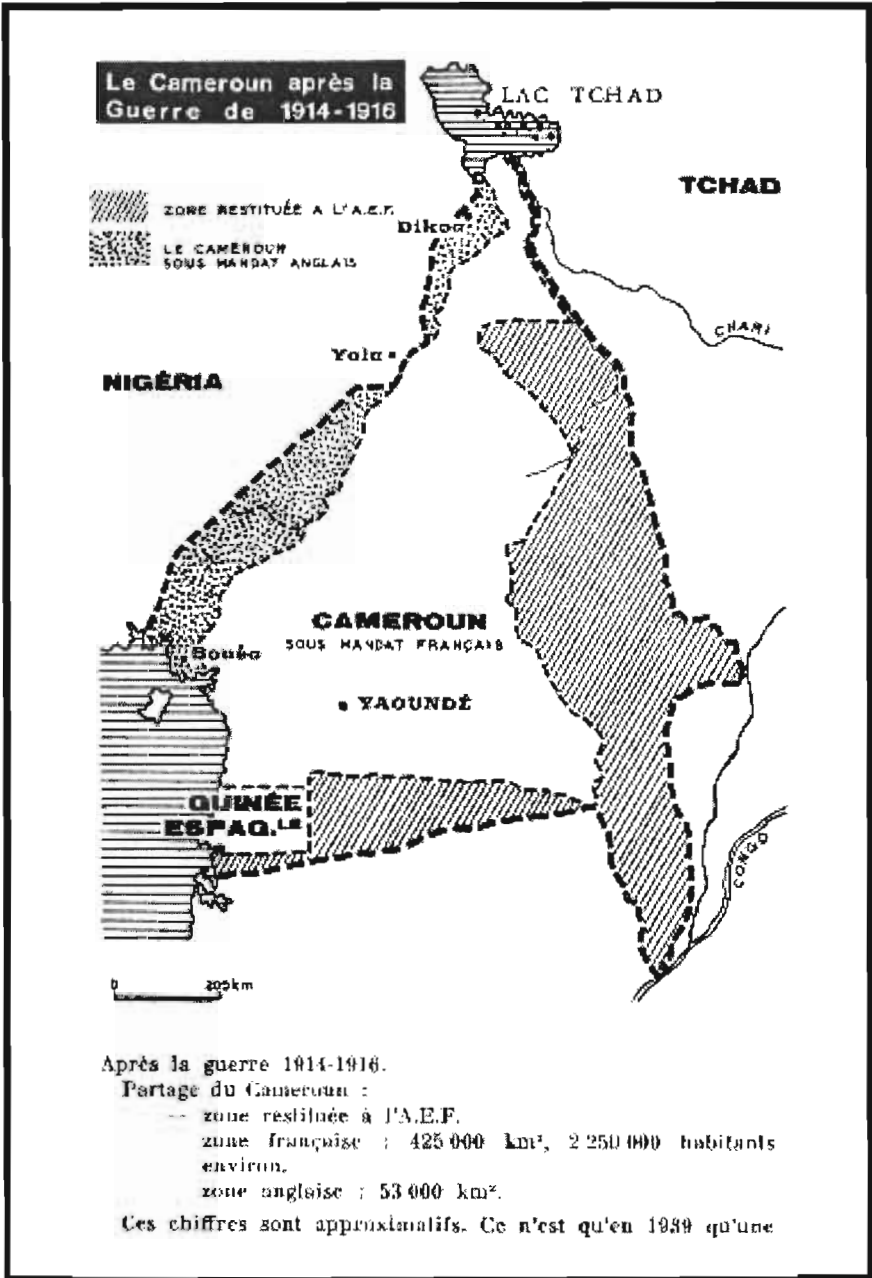
Depuis juillet 1914, les nouvelles et rumeurs parvenant au Gouvernement Général de l'AEF avaient poussé le Commandant Général des troupes, avec l'accord du Gouverneur Général, à prendre des mesures visant à assurer la défense et la protection des frontières et possessions françaises. C'est ainsi que les différents commandements militaires du Moyen-Congo, de l'Oubangui-Chari, du Gabon et du Tchad avaient reçu des instructions. Lorsque le 3 août 1914 la Première Guerre mondiale éclata, il fut admis que l'objectif des troupes françaises ne serait pas seulement de protéger le domaine colonial, mais de prendre l'offensive en territoire ennemi. Il s'agissait en d'autres termes d'encercler la colonie allemande et d'entamer une marche sur Yaoundé, capitale du territoire (Aymérich, 1933 : 100).

Le 14 septembre, Douala tomba entre les mains des forces françaises et britanniques qui prirent des mesures pour administrer le Cameroun conjointement. Le 1<sup>er</sup> janvier 1916, Yaoundé fut occupé et le 26 février 1916, le Général Aymérich, Commandant supérieur des troupes françaises, envoyait un télégramme annonçant qu'il n'y avait plus un seul ennemi au Cameroun. C'était la fin de la conquête et la fin du protectorat allemand. L'accord de Londres<sup>16</sup> chargeait la France d'occuper la presque totalité du pays, à l'exclusion de deux zones placées sous administration anglaise. Un télégramme du Ministère des Colonies du 12 mars 1916 stipulait que les régions cédées à l'Allemagne en 1911, qui constituaient le « *nouveau Cameroun* », étaient désormais considérées comme des territoires dépendant de l'AEF. Les régions de l'« *ancien Cameroun* » formaient un territoire d'occupation indépendant, relevant du Ministère des Colonies et seraient administrées par M. le Général Aymerich, nommé par décret du 7 avril 1916 Commissaire de la république française au Cameroun. Le 14 mai 1916, un arrêté local divisait les territoires de l'Ancien Cameroun en neuf circonscriptions partagées en subdivisions. Dans chaque circonscription, l'officier le plus ancien dans le grade le plus élevé prenait la direction politique et administrative tout en conservant ses attributions militaires.

---

<sup>16</sup> Cet accord mit fin au condominium franco-britannique et définit les zones d'influence de la France et de la Grande-Bretagne. La France reçut les 4/5 du territoire et la Grande-Bretagne deux zones en bordure du Nigeria.

**Carte 3 : Le Cameroun après la guerre de 1914-1915**



Source : Mveng, 1963 : 360

## 1- Le bilan de la présence allemande

Il n'est pas aisé, écrit Richard Joseph (1986 : 40), de faire un bilan objectif de la domination allemande au Cameroun. L'une des raisons en est « *probablement la propension allemande à se conduire en tout d'une manière excessive et extrême. D'où le fait que la cruauté des Allemands fut peut-être inégalée par les autres administrations coloniales, mais que leurs réalisations dépassèrent ... aussi celles des vingt-cinq premières années d'administration française au Cameroun...Les camerounais, note-t-il aussi, eurent bien des souffrances à endurer sous la domination allemande, notamment la longue période d'administration du gouverneur Von Puttkamer (1895-1907), qui ... fut d'une cruauté exceptionnelle. ...Il suffit de dire qu'aujourd'hui encore, dans presque chaque région du Cameroun, un administrateur a laissé le souvenir des méthodes barbares auxquelles il s'est abaissé pour apporter la civilisation aux « primitifs ».*

Le vestige le plus apparent de la présence allemande, qu'on peut d'ailleurs encore apprécier aujourd'hui, est l'infrastructure du pays à laquelle les Français n'ajoutèrent pas grand-chose jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale. Le programme colonial allemand prévoyait la création d'une vaste « *Mittelafrica* » dont Douala serait le nouvel Hambourg (Joseph, *Idem*). De nombreuses routes, des ponts, des ports, des bâtiments officiels, des lignes télégraphiques et téléphoniques, les deux lignes de chemins de fer, témoignent de l'activité allemande au Cameroun. L'un des plus beaux succès de la colonisation allemande résida dans la lutte contre les maladies tropicales et particulièrement la maladie du sommeil. Le Dr Robert Koch, après un séjour en Afrique orientale en 1906-1907, découvrit un remède contre la maladie du sommeil ; les centres prophylactiques se multiplièrent en Afrique orientale et au Cameroun. Chaque colonie avait un hôpital et de nombreuses infirmeries. A la veille de la guerre de 1914, 120 médecins étaient occupés dans l'empire colonial allemand (Brunschwig, 1958).

Le service de santé au Cameroun comprenait trois catégories de médecins : les médecins militaires, les médecins du gouvernement ou médecins d'assistance, les médecins du service de prophylaxie des maladies épidémiques ou médecins du service d'hygiène. A ces trois groupes étaient affectés : des infirmiers indigènes, du personnel subalterne et auxiliaire européen, ainsi que des sœurs provenant des sociétés de secours ou des congrégations religieuses.<sup>17</sup> L'unité de direction était assurée par la présence

---

<sup>17</sup> Le rôle de ces sœurs consistait en partie à former et à éduquer les infirmières indigènes ; elles participaient au traitement des maladies vénériennes chez les femmes et à la lutte contre la prostitution indigène (Martin, 1921).

à la tête du service de santé du médecin militaire le plus élevé en grade. Il était à la fois chef du service de santé des troupes, inspecteur des services du gouvernement et de l'hygiène, directeur du service de prophylaxie des maladies épidémiques. Vingt postes médicaux étaient desservis par les médecins d'assistance,<sup>18</sup> auxquels s'ajoutaient neuf postes où des médecins militaires des troupes faisaient également de l'assistance.<sup>19</sup> Des hôpitaux européens fonctionnaient à Douala, Victoria, Kribi, Yaoundé, Garoua. Le budget de 1915 prévoyait l'augmentation du personnel médical et des nominations nouvelles. Celles-ci porteraient le nombre de médecins de 45 à 53, ayant sous leurs ordres : 93 infirmiers européens (31 infirmiers militaires, 62 infirmiers civils de diverses classes), 15 gestionnaires et un nombre infini d'employés, d'infirmiers, d'auxiliaires et de manœuvres indigènes, sans compter les médecins des chemins de fer, les médecins des missions américaines protestantes, les médecins des entreprises privées (Martin, 1921).<sup>20</sup>

Les politiques de santé de l'administration allemande au Cameroun étaient basées sur une considération simple : l'impossibilité d'employer les Blancs pour l'exploitation des ressources naturelles rendait obligatoire l'utilisation des indigènes ; il était du devoir de l'administration de maintenir les indigènes dans un état de condition physique aussi excellent que possible. Le gouvernement se préoccupait de la décroissance de la population et accordait une attention particulière aux autres facteurs en dehors des maladies qui pouvaient empêcher l'accroissement des populations. Quelques études avaient été menées au Cameroun dans le but de découvrir les facteurs influençant la dynamique de la population. On apprit ainsi que le taux de mortalité infantile dans certaines tribus atteignait 48% (Rudin, 1968). Le rapport médical de l'année 1909-1910 rendait compte d'une étude conduite dans une région malheureusement non précisée par Rudin (*Idem*) où les

---

<sup>18</sup> Douala, Victoria, Kribi, Yaoundé, Baré, Edéa, Ossindigé, Banyo, Dschang, Yokadouma, Doumé, Ebolowa, Jabassi, Abong-Mbang, Lomié, Moloundou, Buéa, Foumban, Oukoko, Nola.

<sup>19</sup> Bamenda, Garoua, Mora, NGaoundéré, Boroï (Wolo N'tem), Bouala (Haut-Logone), Mbaïki (Haute-Sangha), Moyenne Sangha-Lobaye, Akoafim (Iwindo).

<sup>20</sup> Sur les concessions occupant plus de 2 500 ouvriers, un médecin européen avait sous ses ordres un aide-médecin européen et un aide-médecin indigène. Le médecin chef devait être muni de tout le matériel nécessaire à ses recherches et à son activité scientifique et médicale. Aux entreprises de 500 à 2500 manœuvres, était attaché un aide-médecin européen « *sachant se servir du microscope* » ; elles devaient être dotées d'un laboratoire de bactériologie et d'un petit arsenal de chirurgie. Les exploitations et les plantations occupant 250 travailleurs devaient avoir un aide-médecin indigène instruit et parlant allemand. Chaque entreprise devait posséder, pour 500 travailleurs, un hôpital avec 10 lits et un pavillon d'isolement avec 6 lits (Martin, 1921).

médecins avaient organisé des entretiens avec un nombre d'environ 1000 femmes. Parmi elles, 246 (24,6%) étaient stériles. Les questions posées au sujet des enfants ont révélé que 700 avaient donné naissance à un total de 2382 enfants, 1205 garçons et 1177 filles, soit une moyenne de 3 enfants par femme sans compter les mort-nés, les avortements, les fausses couches, les accouchements prématurés. De ces enfants, 821 (34%) étaient décédés, dont 190 (23%) à la naissance, 115 (14%) étaient morts des suites de paludisme, 110 (13%) de parasites intestinaux et 66 (8%) des suites d'une carence en lait maternel. Cet exemple était-il exceptionnel dans la colonie, se demande Rudin (1968) ? Il est difficile de le dire. Les Allemands reconnaissaient que les populations de l'intérieur du territoire étaient très affectées par le déplacement des adultes pour le travail dans les plantations et les chantiers du chemin de fer. Les pénuries occasionnelles de nourriture comme dans la Doumé en 1909 avaient eu de sérieuses conséquences sur la population. L'utilisation d'hommes et de femmes pour le portage rendait difficile toute vie de famille et limitait les possibilités de grossesses. La baisse du taux de croissance de la population était un tel souci pour les commerçants que l'un d'eux avait proposé d'offrir un prix (6000 marks) à celui qui réaliserait une étude débouchant sur des solutions pratiques pour améliorer la situation (Rudin, *Idem*).

L'hôpital de Douala faisait la fierté du colonisateur allemand, remarquera Soullilou (1989 : 23). Louis-Ferdinand Céline, qui y fut hospitalisé en février 1917, en donne la description suivante dans *Voyage au bout de la nuit* : « *Le plus grand bâtiment de Fort Gono (Douala) après le palais du Gouverneur, c'était l'hôpital. Je le retrouvais partout sur mon chemin ; je ne faisais pas cent mètres dans la ville sans rencontrer un de ses pavillons aux relents lointains d'acide phénique* ». <sup>21</sup> Les structures sanitaires laissées par les Allemands susciteront la jalousie des nouveaux occupants français, sentiment qui s'accompagnera d'un violent désir de faire mieux.

## 2- Réactions françaises devant l'œuvre sanitaire allemande

Martin (1921 : VII) remarque que les Allemands avaient « *frappé l'esprit des indigènes par le formidable outillage médical qu'ils possédaient, par le nombre de leurs médecins et de leurs auxiliaires, par leurs multiples installations chirurgicales, par leurs laboratoires* ». Si en période d'occupation il n'était pas possible de réaliser une organisation semblable à celle des Allemands, il estimait qu'il serait nécessaire de « *prouver aux autochtones que les nouveaux occupants du Territoire avaient également à leur disposition un arsenal d'excellents médicaments pour combattre et pour*

---

<sup>21</sup> Cité par J., Soullilou, 1989 : 23.



*guérir les nombreux maux qui les déciment.* » Il serait donc « *désastreux* » tant pour « *l'amour propre national* » que pour le prestige de la « *grande nation civilisatrice* », la France en l'occurrence, que la prospérité du « *riche domaine* » que constituait le Cameroun ne s'accroisse pas. Ainsi, le devoir s'imposait « *au gouvernement de la République de tout faire pour développer d'abord les institutions d'hygiène qui sont indispensables pour favoriser la natalité et pour détruire les foyers de maladie du sommeil, de paludisme et de lèpre qui sont les principaux facteurs de dépopulation et d'appauvrissement de ce merveilleux pays* » (Martin, *Idem* : VII). En effet, rappelait Gustave Martin (*Ibid.* : VII), ces dépenses faites pour protéger le capital social que représentent les vies humaines sont les plus « *sûrs des placements d'épargne* » car, « *tous les trésors accumulés par la nature dans le sol du continent africain resteront éternellement inaccessibles aux peuples d'Europe qui tendent avidement les mains vers eux, si les peuples indigènes... ne sont pas assez nombreux, assez bien outillés, ni assez bien nourris pour fournir l'effort nécessaire à leur méthodique exploitation ... Il va donc falloir persuader les gouvernants, administrateurs et colons, qu'il ne peut pas être question de lésiner sur les dépenses d'hygiène et que leur premier devoir, en prenant au Cameroun la succession des Allemands, est d'y créer, dans tous les centres où il n'en existe pas encore, de nouveaux dispensaires, d'y appeler de nouveaux médecins, d'y réaliser les mesures d'assainissement et de protection de la santé publique avec les procédés scientifiques modernes ...* ». Lucien Fourneau (1916 : 9)<sup>22</sup> avait quelques années plus tôt avancé des propos semblables. Il remarquait que les Allemands avaient entrepris la lutte contre les maladies « *avec méthode, sinon par humanité, sentiment qui nous ferait avant tout agir, mais par utilité, car si pour eux la vie d'un Noir ne comptait pas et s'ils trouvaient bons tous les moyens de terreur pour dominer, ils se préoccupaient de la disparition d'une main-d'œuvre dont ils avaient besoin pour leurs grands travaux publics et pour leurs plantations* ». Le long de la première ligne de chemin de fer, dite chemin de fer du Nord, qui traversait la région des concessions, des entreprises agricoles ou industrielles possédaient des concessions exigeant plus de 25 000 travailleurs. Les entreprises ainsi que les services publics nécessitaient environ 50 000 hommes et ces chiffres devaient s'accroître avec le développement du pays. « *... la mortalité parmi ces travailleurs était effrayante* », note Lucien Fourneau (*Idem*), environ 10% pour un taux de morbidité de 30%. Pour contrecarrer ces inconvénients, l'administration avait pris en main le recrutement et la répartition de la

---

<sup>22</sup> Le problème de la population. Communication de M. L. Fourneau, Commissaire de la république française au Cameroun. Comité d'Action Agricole coloniale. Séance du 24 août 1919. Archives de l'Institut Pasteur de Paris, BPT I.

main-d'œuvre et astreignait les employeurs à des obligations médicales sévères. Elle n'arriva ni à contenter les directeurs d'entreprises, ni à enrayer la mortalité. Les Allemands avaient porté leurs efforts sur l'assistance médicale indigène. *« Ils disposaient d'un personnel et d'un matériel formidables à côté duquel tout ce que nous avons fait est bien peu de chose »*. Pour ne citer qu'un exemple, souligne Lucien Fourneau (*Ibid.*), *« là où ils avaient quarante-quatre médecins nous en avons à peine six ou sept et nous n'arrivons pas à en avoir plus »*. Un cadre auxiliaire très important d'infirmiers et d'infirmières européens, d'indigènes bien formés secondait les nombreux médecins. Des laboratoires munis de microscopes et de matériel existaient dans tout l'intérieur. *« Qu'avons-nous pu faire à côté de cela, se demande Lucien Fourneau, avec nos faibles crédits et un personnel médical, dévoué certes ... mais ne pouvant suffire à tout ? Les indigènes ont très bien vu la différence et qui sait si, en eux-mêmes, ils n'ont pas un peu de dédain pour notre service médical qui fait si pâle figure à côté de celui de nos prédécesseurs ?... Nous devons faire au moins aussi bien que les allemands, recommande-t-il, et pour cela...la question se résume uniquement ainsi : avoir de l'argent, avoir du matériel, avoir du personnel... »* (Fourneau, *Ibid.* : 12). Poursuivant dans cette perspective, comme pour porter un coup décisif à l'argumentation, Gustave Martin (1921 : 92) écrira : *« Faire œuvre d'hygiène, soigner les indigènes, et les préserver des épidémies, c'est la façon la plus sage et la plus raisonnable de conserver à nous-mêmes..., un état sanitaire convenable et satisfaisant. Pratiquer largement l'Assistance, c'est également protéger nos colonies voisines. Accueillir les noirs, soulager leurs misères et leurs maux, n'est pas seulement un acte louable d'humanité, c'est un acte politique intelligent et fructueux, qui a toujours été escompté comme méthode de pénétration »*.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que ces propos se situaient dans un contexte d'après-guerre où la France, face à son déclin démographique et économique, avait orienté son regard et ses efforts vers son empire colonial qu'il fallait mettre en valeur. Pour cela, il fallait à côté de l'amélioration des productions agricoles, de la construction des infrastructures et voies de communication, développer la main-d'œuvre, *« faire du Nègre »* pour emprunter le langage du gouverneur des colonies Gaston Carde (Suret-Canale, 1964) et cela passait par l'amélioration du bien-être et de la santé des indigènes (Dozon, 1985 ; Lachenal, 2002). Or celle-ci n'était pas toujours une préoccupation essentielle. Il fallait continuellement le rappeler et attirer l'attention des administrateurs coloniaux et de la métropole sur le rapport existant entre le développement sanitaire, le bien-être des indigènes et le développement économique. *« Tout essor colonial a comme condition première la possibilité de disposer de travailleurs nombreux et forts. ... Or, la population dans les colonies équatoriales en général et au Cameroun en*

particulier, est clairsemée. Elle est la proie de multiples endémies et de nombreux fléaux... qui y font des ravages constants. ... Des efforts sérieux, méthodiques, des moyens financiers et matériels puissants s'imposent de façon absolue. ... Ceux-ci peuvent paraître élevés à première vue, mais ils sont minimes en raison des services rendus et des bénéfices vite acquis. En effet, ils seront largement compensés par une diminution très rapide de la mortalité, par une amélioration générale de la santé publique, par un rendement meilleur de la main-d'œuvre » (Fourneau, 1916 :15). Les propos de Gustave Martin s'inscrivent aussi dans cette logique de justification d'un investissement en hommes et en argent plus important, pour l'amélioration de la santé des indigènes. Ce type d'argumentation sera repris dans *Le Quotidien* du 6 mai 1925, *La Presse Médicale* N° 64 du mercredi 12 août 1925 et le numéro 80 du 7 octobre de la même année, indiquant que, dix années environ après la communication de Lucien Fourneau, la situation était loin d'avoir changé.<sup>23</sup> De quelle structure/organisation la France s'était-elle dotée pour assurer la santé de ses troupes, des colons et des indigènes des territoires qui deviendront dans certains cas des colonies françaises ?

### III- L'ORGANISATION SANITAIRE FRANÇAISE

#### 1- Le Corps de Santé Colonial

Des tentatives pour constituer un corps de médecins civils des colonies avaient été entreprises dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, mais se heurtaient continuellement à l'indifférence de la métropole. La proposition d'un statut civil fut faite aux personnels du corps de santé de la marine dont la compétence vis-à-vis des problèmes médicaux Outre-mer était reconnue. Celle-ci fut unanimement refusée, les médecins et pharmaciens ne voulant pas abandonner leur statut d'officiers. Finalement, en 1890, il fut créé un Corps de Santé des Colonies et Pays de Protectorat avec une structure

---

<sup>23</sup> Dans *La Presse Médicale*, un projet D'Anfreville de la Salle concernant l'organisation des Services d'Hygiène Coloniaux sera rappelé. Le projet consistait à créer un corps d'hygiénistes spécialisés, invités en cas de besoin à donner leur avis sur les diverses réglementations concernant l'hygiène publique, à appliquer les réglementations adoptées ou à en surveiller l'application. Groupés avec les autres médecins sous la direction des services de santé locaux, uniquement voués à leurs fonctions, ces hygiénistes coloniaux faciliteraient l'accroissement des populations et, par conséquence directe, la multiplication de la main-d'œuvre, celle de la richesse coloniale et la grandeur de leur pays. Le projet avait été adopté en 1917 par la Société de Pathologie Exotique et présenté par elle aux Ministères des Colonies et des Affaires étrangères. Mais aucune suite n'y avait été donnée. « *Maintenant, écrivait d'Anfreville, que le dur souci de mener la guerre jusqu'à la victoire est enfin écarté et que subsiste seulement le non moins dur souci de ne pas perdre le fruit de cette victoire, n'y aurait-il pas lieu de reprendre le projet négligé naguère mais chaque jour plus utile ?* » *La Presse Médicale*, N°64, mercredi, 12 août 1925, Archives de l'Institut Pasteur de Paris, BPT I.

militaire. A la tête de ce corps, se trouvait un médecin inspecteur de 1<sup>ère</sup> classe avec sous ses ordres des médecins et des pharmaciens dont les grades étaient ceux de l'armée. Le Corps de Santé des Colonies et Pays de Protectorat était coiffé par l'autorité du ministre chargé des colonies, qui fut tantôt celui de la marine, tantôt celui du commerce et de l'industrie, jusqu'à la création du ministère des colonies en 1894. Il aura alors la charge de tous les problèmes Outre-mer, y compris les questions médicales et sanitaires (Pluchon, 1985 ; Chippaux, 1985 ; Lapeyssonnie, 1988).<sup>24</sup>

Le statut du personnel de ce nouveau corps était ambigu : formés par l'École de Santé Navale de Bordeaux, ce sont des militaires loin des corps de troupes, qui ne dépendent d'aucun état-major et ont des fonctions tournées vers les civils. Pour eux, le terme « *hors-cadre* » sera créé. Mais les conflits avec leurs camarades de l'armée qui les considèrent comme des civils et les autorités civiles qui les classent parmi les militaires seront courants. En 1897, le Conseil d'État envisagera même de leur dénier le droit au statut d'officier. Mais sous la pression des intéressés, la proposition sera abandonnée et la crise résolue trois années plus tard, avec la création des Troupes Coloniales qui les intègrent. Le Corps de Santé des Colonies et Pays de Protectorat changera alors de dénomination et deviendra Corps de Santé des Troupes Coloniales et, à partir de 1903, Corps de Santé Colonial.

## 2- La structure du service de santé Outre-mer

Jusqu'en 1939, le service de santé de chaque colonie ou groupe de colonies dépendait de l'autorité administrative du territoire correspondant. Le Directeur du service de santé décidait des affectations des nouveaux arrivants, de l'organisation des services médicaux, de la création des centres hospitaliers, des centres de soins municipaux ou spéciaux, des services d'hygiène. Au sommet de chaque fédération, un Directeur Fédéral de la santé, généralement un Médecin Général Inspecteur, assurait une coordination et une harmonisation des actions sanitaires. Mais les régions comme le Cameroun, Madagascar, le Togo, qui formaient des entités géographiques ou administratives, avaient à la tête du Service de Santé une Direction dont les prérogatives étaient identiques à celles des directions générales.<sup>25</sup> Au niveau de la métropole, la direction du Service de Santé émanait du Ministère de la Défense Nationale et du Ministère des

---

<sup>24</sup> Voir aussi : <http://www.asnom.org> ; <http://perso.wanadoo.fr/jdtr>.

<sup>25</sup> En 1925, on compte dans les colonies françaises : 192 hôpitaux, 653 dispensaires ou centres de consultations, 178 maternités, 66 léproseries, 7 asiles d'aliénés, etc. Et les crédits affectés aux services de l'Assistance Médicale Indigène passeront de 2.973.056 Frs en 1900 à 70.380.628 Frs en 1924. *La Presse Médicale*, Mercredi, 7 octobre 1925, N°80, Archives de l'Institut Pasteur de Paris, BPT I.

colonies ; siégeant au ministère des colonies à Paris, elle était placée sous l'autorité d'un Médecin Général Inspecteur, assisté d'un Médecin Général. Elle avait pour but d'organiser, de coordonner et d'assurer les Services Sanitaires des Troupes Coloniales stationnées dans la métropole et dans les colonies, la relève du personnel, le ravitaillement en matériel et produits pharmaceutiques et la surveillance administrative du service. Divers organismes consultatifs étaient annexés à la direction<sup>26</sup>. Ces diverses institutions avaient pour rôle de fournir au ministre les avis qualifiés nécessaires pour l'examen et l'organisation générale du service de santé Outre-mer. Les directions générales de la santé publique assuraient dans les groupes de territoires la bonne marche des services sanitaires et médicaux. Le directeur, conseiller technique du Haut-commissaire, était responsable de l'assistance médicale aux populations, de l'hygiène, de la lutte contre les maladies épidémiques et sociales et de la protection des frontières. Les services sanitaires et médicaux des troupes stationnées sur le territoire de la fédération étaient également placés sous l'autorité immédiate du directeur. La Direction Générale donnait ses instructions aux directions locales de la santé publique, qui avaient dans chaque territoire un rôle analogue à celui qui lui était imparti sur le plan fédéral : conseiller technique du chef du territoire, direction des services d'assistance et des troupes.

A partir de 1925, sous l'impulsion de Lasnet, le schéma général de l'organisation du système de santé reposait, quel que soit le territoire, sur un quadrillage de formations sanitaires calqué sur le découpage administratif du territoire, fait de cercles, de circonscriptions et de subdivisions selon la terminologie africaine, de provinces en Indochine. Le point central était l'hôpital de la capitale de la colonie avec ses divers services, sa maternité, sa polyclinique. On trouvait le même type de formations, plus modestes, dans les chefs-lieux de cercle ou de circonscriptions, avec un médecin européen comme médecin-chef et un ou deux médecins auxiliaires autochtones. Dans les subdivisions, des formations fixes étaient confiées à des infirmiers : infirmeries, dispensaires, postes médicaux. Ce réseau était plus ou moins serré suivant la densité de la population et les moyens de communication. A partir des deux derniers niveaux, des tournées régulières du médecin ou de l'infirmier étaient organisées les jours de marché ou pour tout autre motif de rassemblement ([www.asnom.org](http://www.asnom.org)). C'est ce système qui sera progressivement mis sur pied au Cameroun lorsque la France prendra possession du territoire à partir de 1916.

---

<sup>26</sup> Un Comité Consultatif de Santé et une Commission Permanente du Conseil Supérieur de la Santé, auxquels s'ajouteront plus tard la *Commission Consultative de la Lèpre et la Commission Consultative de la Trypanosomiase*.

### 3- La mise en œuvre progressive d'une organisation sanitaire française au Cameroun

Lors du débarquement des Alliés au Cameroun, la base sanitaire de la colonne expéditionnaire fut établie à Douala, « seule ville où l'on trouvait des bâtiments appropriés, du matériel hospitalier et un port pour se ravitailler et évacuer les malades » (Martin, 1921). Le corps expéditionnaire, venu d'Afrique Occidentale Française, possédait un matériel d'ambulance qui, dès le débarquement au Cameroun, suivit la colonne Mayer dans sa marche sur Edéa. Le personnel médical français ne comprenait que quatre médecins qui durent suivre les forces françaises. Le service anglais organisa donc seul l'ancien hôpital du gouvernement allemand, dès lors dénommé « *Base Hospital* », auquel furent annexés le mess des officiers allemands, une caserne de troupes indigènes et certaines maisons privées. Ils bénéficièrent des approvisionnements laissés par les Allemands et utilisèrent même une partie du personnel infirmier indigène allemand (Jojot, 1916).

Après la prise de la ville d'Edéa en novembre 1914, l'ambulance prit possession des anciens bâtiments hospitaliers allemands, mais les ressources étant à tous points de vue beaucoup plus limitées à Edéa qu'à Douala, l'ambulance évacuait Européens et indigènes sur le « *Base Hospital* ». Les malades se retrouvaient entre les mains d'un personnel exclusivement anglais, ne parlant pas le français ; il fallut trouver un interprète. En décembre 1914, quatre médecins français arrivèrent au Cameroun et le chef du service de santé anglais demanda que l'un d'eux, le médecin-major de 1<sup>ère</sup> classe Jojot, en raison de ses connaissances en anglais, reste au « *Base Hospital* ». Un service français commença alors à fonctionner. Toutefois, la correspondance et les pièces officielles étaient établies en anglais et, pour éviter la constitution de deux services de garde simultanés, le service français recevait surtout les malades indigènes et les malades légers européens. Les cas graves restaient entre les mains des Anglais qui approvisionnaient le service français et se chargeaient de la nourriture des malades (Jojot, Idem).

A partir de mai 1915, les malades français et anglais furent complètement séparés et le « *Base Hospital* » divisé en deux départements : un « *British department* » et un « *French department* ». Cependant, la section française ne détenant pas de matériel, le département anglais continua à lui fournir médicaments, objets de pansements en plus des équipements sanitaires qui s'accrurent ensuite par des achats effectués sur place et différents travaux exécutés par des ouvriers civils (Jojot, Ibid.).

Avec l'accord du commandant des forces françaises, le Général Dobell, commandant des forces anglaises, adressa une lettre au Gouverneur Général de l'AEF, lui demandant d'envoyer à Douala le matériel dont il pouvait se

départir. Le 9 mai 1915, arrivaient deux caporaux européens de la section des infirmiers coloniaux, un sergent et trois infirmiers indigènes du cadre local du Gabon, quatre sœurs de la congrégation de l'Immaculée Conception de Libreville accompagnées d'un missionnaire et de quatorze caisses de médicaments et de pansements. Le fonctionnement de l'hôpital français de Douala pouvait de la sorte être à peu près assuré. Au départ, les locaux occupés par la section française comportaient 32 lits pour les Européens et environ 150 pour les indigènes. Mais ces chiffres étaient régulièrement dépassés, surtout en ce qui concernait les indigènes. Un nouveau bâtiment fut donc mis à la disposition du service français, ce qui porta à 200 lits les places pour les Noirs. En raison de l'accroissement des effectifs du corps expéditionnaire et de l'amplification des opérations militaires sur les différents fronts, ce nombre resta insuffisant. Une annexe de l'hôpital français fut créée dans le quartier d'Akwa à proximité du « *camp des porteurs* » et commença à fonctionner le 24 mai sous le nom d'« *infirmerie de garnison* ». Elle ne devait accepter que les malades légers ou convalescents et recevait de l'hôpital français les fonds nécessaires à son fonctionnement. A partir du 20 juillet, l'« *infirmerie d'Akwa* » reçut son autonomie financière et, en novembre, elle fut transformée en « *hôpital annexe* » (Martin, 1921).

A la suite de nouvelles opérations (marche sur Ebolowa et Yaoundé), l'« *hôpital annexe* » et le « *Base Hospital* » furent trop étroits pour recevoir la totalité des grosses évacuations de porteurs faites sur Douala. Il fut nécessaire d'opérer une sélection parmi les évacués. Le « *Base Hospital* » ne conserva que les cas sévères. Ceux apparaissant de gravité moindre furent envoyés à l'« *hôpital annexe* ». Une troisième catégorie d'évacués était envoyée au « *camp des porteurs* » de Douala qui se trouva très vite encombré de centaines de malades qui, faute de personnel, étaient abandonnés sans surveillance. Il parut alors indispensable de créer à leur intention une formation sanitaire spéciale. Ce fut le rôle du « *dépôt des convalescents* ». Le nouvel établissement fut considéré comme partie de l'« *hôpital annexe* » d'Akwa. Il pouvait recevoir environ 400 porteurs (Martin, *Idem*).

Le mois de février 1916 marqua la fin des opérations militaires. Les services anglais remirent leurs établissements aux services français en laissant à l'hôpital une quantité appréciable de matériel pour lequel ils ne demandèrent ni prise en charge, ni remboursement. L'autonomie médicale entraînée par la nouvelle administration fut sanctionnée par le décret du 3 juin 1916 créant une Direction du Service de Santé. Le 7 juin, le médecin major de 1<sup>ère</sup> classe Gustave Martin fut désigné pour occuper le poste de Directeur du Service de Santé. Le 8 octobre 1916, M. Lucien Fourneau,

Gouverneur des Colonies,<sup>27</sup> délégué aux fonctions de Commissaire de la République, débarquait au Cameroun en remplacement de M. le Général Aymerich, rentrant sur sa demande en France. Dès le mois de novembre, des arrêtés concernant l'organisation des services médicaux, de la police sanitaire et de l'hygiène, paraissaient au *Journal Officiel* de la colonie. Le territoire était divisé en dix circonscriptions portant chacune le nom de leur chef-lieu : Douala, Bana-Nkongsamba, Ngaoundéré, Garoua, Maroua, Yaoundé, Doumé, Edéa, Ebolowa, Kribi. Chaque chef-lieu avait sous sa dépendance des postes secondaires<sup>28</sup> et les premières instructions envoyées à tous les médecins des postes commencèrent à recevoir leurs applications (Martin, 1921).

A Douala, se trouvait la direction du service de santé. En principe, dans les autres chefs-lieux de circonscriptions, devait se trouver un médecin militaire en service général hors-cadre, mis à la disposition de l'autorité civile mais la pénurie de personnel ne permit pas de toujours doter les chefs-lieux en médecins (Martin, *Idem* : 90). Au 1<sup>er</sup> janvier 1918, le personnel médical européen comprenait à Douala : 1 médecin major de première classe, Directeur du Service de Santé et Médecin-chef de l'hôpital, un médecin major de 2<sup>ème</sup> classe, médecin traitant les Européens et chef du laboratoire de l'hôpital, un médecin major de 2<sup>ème</sup> classe, médecin traitant les indigènes et médecin-chef du service chirurgical à l'hôpital, un médecin major de 2<sup>ème</sup> classe, chargé du service d'Hygiène et de l'Assistance médicale aux indigènes, un médecin aide-major des services militaires, un officier d'administration, gestionnaire de l'hôpital et du service de santé, un pharmacien auxiliaire, deux aumôniers militaires, deux infirmières de la Croix-Rouge, un adjudant et quatre sergents ou caporaux infirmiers, trois caporaux d'infanterie coloniale mis à la disposition du service de santé. Dans l'intérieur, huit médecins œuvraient à Edéa, Kribi, Ebolowa, Yaoundé, Doumé, Bana, Garoua, Ngaoundéré et sept caporaux infirmiers avaient été détachés dans ces postes. Quant au personnel indigène, il comprenait, outre les infirmiers civils de recrutement local, six infirmiers militaires de la section d'AEF et d'AOF (Martin, *Ibid.*).

Après les troubles causés par la guerre et le mouvement des colonnes, le commandement et l'administration avaient un gros effort à faire pour ramener la pacification, la tranquillité et l'apaisement. L'assistance médicale

---

<sup>27</sup> Qui avait, en tant que Lieutenant-Gouverneur du Moyen-Congo, accompagné les troupes du Général Aymerich. Il fut d'ailleurs blessé lors d'une offensive.

<sup>28</sup> Yabassi pour Douala ; Baré, Somo, Fouban pour Bana-Nkongsamba ; Banyo pour Ngaoundéré ; Sangmélina, Akoafim, Ambam pour Ebolowa ; Campo, Lolodorf, Njabessam pour Kribi ; Eséka pour Edéa ; Akonolinga, Yoko pour Yaoundé ; Lomié, Yokadouma, Moloundou pour Doumé ; Mora pour Garoua et Kousséri pour Maroua.



aux indigènes était conçue comme l'un des principaux moyens de pénétration et d'influence. Les principales formations hospitalières possédant des installations sérieuses et des bâtiments datant de l'époque allemande étaient après celles de Douala, Yaoundé, Garoua et Kribi. En dehors de soins donnés dans les différents postes médicaux, l'hygiène des grands et petits centres indigènes était assurée. Chacune des circonscriptions avait été dotée d'une commission d'hygiène chargée de surveiller l'éclosion des épidémies, de veiller à l'isolement et à la désinfection des cas de maladies transmissibles. Dans les escales et centres européens, des services d'hygiène furent également institués. Des affiches concernant le paludisme et la lutte contre les moustiques, traduites en langue du pays, furent imprimées et distribuées dans les grandes agglomérations indigènes. Pour enseigner des notions d'hygiène individuelle et collective, des leçons élémentaires furent écrites et traduites en langue du pays, afin de faire l'objet de causeries dans toutes les écoles du Cameroun (Martin, 1921).

Les lépreux avaient fait l'objet de mesures spéciales. Un arrêté leur interdisait la circulation sur les marchés et les lieux publics, ainsi que certaines professions et prévoyait leur isolement soit à domicile, soit dans certains villages organisés en colonies agricoles. A Yaoundé, deux léproseries fonctionnaient dans ces conditions. Il y en avait deux dans la circonscription d'Ebolowa et une à Garoua. A Fouban, le sultan Njoya avait aussi établi une léproserie. La prophylaxie de la variole fut assurée par l'emploi de virus reçus de France et par la production du vaccin dans la colonie. De nombreuses tournées avaient été effectuées par les médecins. Mais le pays étant très vaste, elles ne pouvaient être ni fréquentes, ni étendues ; le contrôle de la circulation des porteurs, des travailleurs et des commerçants fut également assuré. Avec ce déploiement de moyens, « *les indigènes apprirent vite à connaître le chemin des dispensaires* » (Martin, *Idem* : 88).

L'assistance médicale fut d'abord fortement concurrencée tant par les « *fétichistes* » et « *sorciers traditionnels* » (Martin, *Ibid.*), que par un certain nombre d'indigènes (en général d'anciens infirmiers du temps de l'occupation allemande) qui délivraient, moyennant de fortes rétributions, des pansements ou des médicaments européens. Ils utilisaient un matériel vraisemblablement constitué au cours du pillage auquel fut livrée la ville de Douala, dans l'intervalle compris entre l'évacuation par les Allemands et l'occupation par les Alliés. Quelques-uns avaient créé de véritables cliniques où les malades hospitalisés étaient même opérés. Mais les résultats quelquefois désastreux obtenus par ces « *praticiens improvisés* », les produits volés s'épuisant également, cette concurrence diminua peu à peu (Martin, *Ibid.*). Les premiers résultats étaient, selon M. Fourneau, assez

encourageants (Fourneau, 1916). Le système de santé progressivement mis sur pied par le colonisateur français sera sérieusement éprouvé par la trypanosomiase humaine, donnant lieu à une initiative spéciale, la mission permanente de lutte contre la maladie du sommeil, première politique verticale de santé spécialement mise en œuvre au Cameroun.

## CHAPITRE II

# La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun

### I- LA MALADIE DU SOMMEIL

La maladie du sommeil est connue depuis le XIV<sup>e</sup> mais il faudra attendre le XVIII<sup>e</sup> (1734) pour trouver un texte décrivant le « *sleeping distemper* ». En 1841 Gabriel Gustav Valentin décrit pour la première fois un trypanosome et, en 1888, David Evans en trouve en Inde, dans des chevaux et des chameaux atteints de *surra*. C'est la première relation entre le trypanosome et une maladie. En 1891, Gustave Nepveu est le premier à identifier des trypanosomes dans le sang humain. Mais il faudra attendre 1901 pour voir Forde attribuer à des vermicules sanguins la cause d'une fièvre chez un Européen. Les vermicules sont identifiés par Dutton comme des trypanosomes ; il propose l'appellation *Trypanosoma gambiense*. En 1902, Castellani trouve des trypanosomes dans le liquide céphalo-rachidien d'un jeune Africain atteint de la maladie du sommeil. Dans les mois qui suivent, il fait la même observation chez plusieurs autres sommeilleux et donne au parasite le nom de *Trypanosoma ugandense*. Une année après, Bruce et Nabarro confirment ces recherches et plus tard démontreront que *T. ugandense* et *T. gambiense* sont identiques. En 1909, Stephens et Fantham remarquent dans le sang d'un prospecteur européen qui avait traversé des régions de l'Afrique Australe une multitude de trypanosomes. Ces trypanosomes sont isolés à Liverpool où on constate qu'ils constituent une souche différente ; elle sera appelée *T. rhodesiense* (Louis & al., 2002). Le rôle de la glossine dans la maladie du sommeil restera longtemps ignoré. La vérité sur le mode de transmission sera prouvée par Taute et Kleine en 1909. De 1841 à 1910, la maladie et son épidémiologie sont définies et s'il y a par la suite eu de nombreuses améliorations à cette connaissance, en 1904 l'essentiel sera connu (Louis & al., Idem).<sup>29</sup> C'est autour de cette période que

---

<sup>29</sup> La maladie du sommeil est donc causée par le trypanosome, inoculé à l'homme lors du repas sanguin d'une glossine (mouche tsé-tsé) infectante. Dans sa première phase, dite lymphatico-sanguine, la maladie se caractérise par une fièvre pouvant s'accompagner d'une détérioration

les premiers cas de maladie du sommeil sont signalés au Cameroun, alors sous protectorat allemand.

## II- LE DISPOSITIF ALLEMAND DE LUTTE CONTRE LA MALADIE DU SOMMEIL

En 1901, le Capitaine Von Stein signale pour la première fois un foyer de trypanosomiase sur le cours du Nyong, au Cameroun. Ces constats seront attestés par des recherches ultérieures, notamment celles de Ziemann entre 1903 et 1906. Le service de santé allemand avait alors réclamé une lutte énergique contre la maladie. Des commissions médicales qui s'étaient tenues en 1907-1908 et 1909-1910 avaient fait à cet égard d'«*excellentes propositions* ». «*Mais pour tout cela, répondait le chef du service de santé, il faut de l'argent et des médecins* » (Jojot, 1916 : 303). Ce n'est qu'à partir de 1910, neuf années après la découverte du premier foyer de trypanosomiase, que le premier camp de ségrégation des sommeilleux sera installé à Akonolinga. 416 malades y étaient en traitement six mois après sa création. A partir de cette époque, les investigations effectuées dans la région révéleront l'existence de la maladie dans la plupart des tribus riveraines du Nyong, entre Abong-Mbang et Akonolinga, dans le bassin de la Doumé et du Lom (Bebey-Eyidi, 1950 ; Letonturier & al., 1924).

Les médecins allemands tendaient à croire que la maladie était d'importation étrangère et accusaient Fernando Poo, les Congos belge et français. C'est ainsi que lorsque le traité du 4 novembre 1911 attribua à l'Allemagne le bassin de la Haute-Sangha où les médecins français avaient établi l'existence d'un foyer de maladie du sommeil, certains médecins allemands manifestèrent dans la presse leur inquiétude de voir le «*Nouveau Cameroun* » contaminer l'ancien. D'après Jojot (*Idem*), l'arrière-pensée politique de déprécier les nouvelles acquisitions n'était pas étrangère à ces préoccupations. Quoi qu'il en soit, la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun en reçut une vigoureuse impulsion. Une décision officielle déclara tous les territoires du «*Nouveau Cameroun* » contaminés et le recrutement

---

de l'état général, la présence d'adénopathies cervicales, une augmentation du volume du foie et de la rate, des œdèmes. La deuxième période, dite méningo-encéphalitique, est caractérisée par des signes neurologiques variés : troubles de la sensibilité (douleurs à la pression), troubles psychiques (tendances criminelles, suicidaires, perversion), troubles moteurs (paralysies, tremblements, signes d'incoordination, crises convulsives, etc.), troubles neuro-endocriniens (stérilité avec aménorrhée chez la femme), troubles du sommeil. En l'absence de traitement, le malade s'affaiblit et maigrit de façon considérable, sombre dans le coma et meurt. Si le dépistage et le traitement sont effectués en 1<sup>ère</sup> période, l'évolution se fait vers la guérison sans séquelle ; en 2<sup>ème</sup> période, le malade peut présenter des séquelles neurologiques (Penchenier, Laveissière, 2000).

de porteurs ou de travailleurs indigènes dans l'« Ancien Cameroun » pour la Haute-Sangha fut interdit. Les moyens et médecins qui manquaient jusque-là furent trouvés et, à partir de 1913, sous la direction du docteur Kuhn, directeur du service de santé, une mission « *abondamment pourvue en personnel et en matériel* » commença à fonctionner (Jojot, *Ibid.* : 304). Elle comprenait des médecins, des infirmières pourvues d'une réelle instruction technique et jouissant d'une situation morale telle que les femmes indigènes les appelaient « *docteur* » (Jojot, *Ibid.*). Cette mission avait été précédée d'une commission sanitaire réunie à Ayos, afin d'étudier les moyens pratiques d'organiser la lutte dans tout le Cameroun avec intensification dans le Haut-Nyong. La réunion médicale d'Ayos avait eu lieu en janvier 1913. Le 17 mai de cette même année, une circulaire du Gouverneur du Cameroun, jointe au procès-verbal de cette réunion, priait « *de mettre partout à exécution les avis exprimés* » (Martin, 1921 : 180-181). Les instructions du Gouverneur du Cameroun, d'après le programme élaboré par la commission d'Ayos, commencèrent à recevoir pleine et entière exécution en 1913-1914 et, au moment de la déclaration de la guerre, presque tous les camps et tous les postes sanitaires de surveillance étaient pourvus des moyens et du personnel médical nécessaires<sup>30</sup>.

Le programme de prophylaxie avait trois orientations : la destruction des gîtes de glossines, la surveillance de la circulation, le traitement des malades dans les camps et par des équipes mobiles dirigées par des médecins ayant chacun un rayon d'action bien précis. Les Allemands attachaient la plus grande valeur à ce traitement ambulatoire et le préféraient au traitement dans les camps. Les expéditions étaient bien équipées en matériel et personnel ; en plus des tentes, bâches, lits et de tout l'arsenal d'examen et de traitement, chaque expédition devait comprendre un médecin, quatre sous-officiers exercés au diagnostic microscopique, 15 infirmiers indigènes, 10 soldats de police, 100 porteurs destinés à monter les tentes, à faire du débroussaillage et à servir au transport des malades. Tous les quinze jours, une injection d'un gramme au maximum d'atoxyl (en deux injections de 0,50g, chacune à vingt-

---

<sup>30</sup> En 1914, le chiffre du personnel médical dont disposait la colonie comprenait 45 médecins : vingt-cinq médecins militaires dont neuf affectés à la maladie du sommeil, 18 médecins de l'assistance, 2 médecins d'épidémie et 1 bactériologiste. Le personnel subalterne européen était composé de 8 sergents chefs, 25 sous-officiers pour le service militaire, 6 gestionnaires, 10 infirmiers de diverses classes pour le service général et 9 gestionnaires, associés à 21 infirmiers pour la maladie du sommeil. A ceux-ci s'ajoutaient 13 sœurs, 8 au service général et 5 en service dans les camps de sommeilleux. Le budget civil et militaire allemand de 1914 prévoyait pour la « lutte contre les maladies contagieuses » une somme de 650 000 marks à laquelle devait s'ajouter une somme de 81 000 marks, contribution d'une compagnie forestière à la lutte contre la maladie du sommeil. Au total, il y avait 731 000 marks, dont 631 000 pour la maladie du sommeil, répartis entre les différents postes médicaux qui poursuivaient la prophylaxie (Martin, 1921).

quatre heures d'intervalle) était pratiquée sur les suspects et les malades dont le sang et le suc ganglionnaire étaient examinés régulièrement. Le but à atteindre n'était pas la guérison définitive des malades mais leur blanchiment, le fait de les rendre non contagieux en supprimant le virus des couches superficielles, le sang et le liquide lymphatique. On comprend que le traitement appliqué ne pouvait avoir d'impact sur les malades ayant atteint le stade terminal, marqué par la présence du virus dans le liquide céphalo-rachidien. Les trypanosomés les plus gravement atteints étaient traités dans quatre camps de sommeilleux, deux principaux à Ayos et à Momendang et deux secondaires à Doumé et à Mbidalong. Le camp d'Ayos, le plus important, avait en mars 1913, 170 sommeilleux et, dans le cours de l'année suivante (avril 1913-1914), 434 nouveaux trypanosomés y entrèrent (192 hommes, 174 femmes, 68 enfants). Sur les 604 malades en traitement, il y eut 339 décès, et 15 cas de troubles visuels dus à l'atoxyl furent signalés. En dehors du camp proprement dit, qui comprenait les maisons d'habitation du personnel, les magasins, le laboratoire, les cages à animaux d'expérience, les salles de traitement et d'examen, les Allemands poursuivaient l'installation d'un village de travailleurs, d'un village de lépreux, d'un port pour pirogues. A la fin de l'année 1913, le camp d'Ayos comptait 61 cases et disposait de sa propre briqueterie. Des essais de différents produits chimiques et de médicaments étaient tentés dans des camps de trypanosomés et particulièrement à celui d'Ayos dont le plein fonctionnement permettait de poursuivre facilement des recherches scientifiques.

Au traitement ambulatoire et dans les camps avaient été associés des travaux considérables de déboisement et d'assainissement, le plus important étant le nettoyage et l'aménagement du Nyong. Des instructions répétées insistaient sur l'absolue nécessité de cultiver les terres défrichées. Des équipes de « *chasseurs de mouches* » dirigées par un Européen et chargées de détruire les gîtes de glossines par différents moyens à étudier étaient aussi prévues. Ces mesures étaient complétées par la surveillance de la circulation. Tout indigène arrivant au Cameroun par voie maritime était débarqué à Victoria, Douala ou Kribi : là il était examiné au point de vue de la trypanosomiase. Le capitaine du navire au moment de l'arraisonnement remettait au médecin un état nominatif des passagers indiquant leur lieu d'origine. Ils étaient examinés et un certificat leur était délivré sans lequel ils ne pouvaient quitter le port de débarquement. Les territoires considérés comme contaminés étaient bien délimités. Des poteaux indicateurs ou des signes particuliers bien connus des indigènes indiquaient de façon apparente les limites de ces territoires. Pour chacun d'eux, une réglementation spéciale prévoyait les entrées et les sorties de travail. Il était défendu d'y introduire des porteurs, des travailleurs et les indigènes qui y avaient élu domicile ne pouvaient en sortir. La population indigène occupant les régions limitrophes

des territoires contaminés devait être examinée tous les mois. Des postes de surveillance de la circulation avaient été créés. Les Européens et leurs domestiques devaient obligatoirement s'y faire examiner. Les indigènes suspects restaient en observation et les malades étaient soumis au traitement. Les Européens trypanosomés pouvaient quant à eux continuer leur voyage mais seulement après avoir commencé un traitement. Ils devaient alors passer par un itinéraire désigné. Aux uns et aux autres était délivré un certificat qui était présenté à toute réquisition des administrateurs. Le gouvernement était invité à créer de grosses agglomérations indigènes sur les routes principales, à transférer sur des points élevés et dénudés les localités voisines des cours d'eau et des marais (pour en obtenir une surveillance plus facile), à améliorer ou construire de grandes voies de communication pour diminuer la pratique du portage et favoriser la circulation de véhicules automobiles, à régulariser le cours du Nyong pour faciliter la navigation en canot automobile pendant toute l'année.

Les chefs indigènes devaient participer à la lutte en conduisant les indigènes des villages de leurs chefferies respectives aux examens auxquels ils auraient l'obligation d'assister pour identifier les tribus et indiquer les habitations des malades ne pouvant se présenter. Ils devaient fournir les porteurs pour les impotents, représenter les malades traités et revenus dans les villages améliorés ou guéris et renvoyer au médecin les cas de rechutes. Ils étaient chargés de veiller à ce que les indigènes ayant suivi un traitement restent dans leur village et ne fassent aucun travail pénible. Ces anciens malades, éventuellement engagés dans la lutte contre la maladie, continueraient ainsi à être placés sous une surveillance médicale afin d'être remis au traitement le cas échéant. Le gouvernement délivrait un certificat plaçant les malades sous contrôle médical et les libérant d'impôt pendant deux années. Il était aussi chargé d'organiser les réunions et de profiter des palabres pour instruire les indigènes sur la maladie et les différents moyens de s'en prémunir. Étaient aussi inscrites au programme de prophylaxie des explorations et recherches scientifiques dans les bassins du Wouri, de la Dibamba, de la Sanaga, dans les territoires côtiers du Sud, et dans ceux du « *Nouveau Cameroun* ».

Les Allemands avaient recensé environ 5000 trypanosomés dans les tribus riveraines du Nyong et de la Doumé. La guerre vint interrompre le programme allemand de prophylaxie. Avec le déplacement des colonnes de troupes et des convois de porteurs des régions saines vers les régions contaminées, les conditions idéales avaient été créées pour la propagation de la maladie. Par ailleurs, à la fin des opérations militaires, les Allemands avaient évacué leurs troupes et des milliers d'indigènes civils du Cameroun sur les colonies espagnoles du golfe de Guinée qu'ils accusaient pourtant

d'être un danger pour Douala. Dans le deuxième semestre de 1919, ces indigènes furent libérés et environ 15 000 débarquèrent à Douala, dont 86 déclarés trypanosomés par le service médical hispano-allemand de l'internement (Jojot, 1921).<sup>31</sup>

### III- LES DEBUTS DU DISPOSITIF FRANÇAIS

Les premiers médecins français envoyés avec les troupes d'occupation signalent dès 1916 que la maladie sévit avec intensité dans les circonscriptions de Yaoundé et Doumé. En 1917-1918, Jullermier constate que dans les bassins de l'Ayong et du Mfoumou situés entre le Nyong et la Sanaga, de nombreux villages sont infectés et que plusieurs groupements riverains ou proches de la Sanaga sont également contaminés. En 1918-1919, Peyronnet et Lebard explorent les bassins de la Doumé, de la Kadéi et du Long et font connaître que la trypanosomiase est très répandue partout. Lors d'une exploration rapide de la route de Yaoundé à Akonolinga en décembre 1919, Jamot constate que la maladie existe dans tous les villages de la route d'Akonolinga à Yaoundé. Il constate également qu'elle sévit sous la forme épidémique en plusieurs points de la subdivision d'Akonolinga. Ces observations faites dès l'installation française au Cameroun prouvent qu'à la fin de la campagne et vraisemblablement avant la guerre, la maladie du sommeil était présente dans l'Est et dans une partie du centre du Cameroun, fait que les Allemands avaient eux-mêmes constatés. Ils n'eurent pas le temps de faire fonctionner leur dispositif de prophylaxie pour obtenir une baisse de l'intensité de la maladie (Jamot, 1925).

De janvier à mars 1920, une mission dirigée par le médecin-major de 1<sup>ère</sup> classe Jojot, accompagné d'un groupe d'infirmiers indigènes entraînés aux recherches microscopiques parcourut la région du Nyong. Sur 3042 indigènes examinés, ils dépistèrent 123 porteurs de trypanosomes. A la suite de cette mission, il fut reconnu nécessaire de remettre sur pied une structure pour lutter contre la maladie du sommeil et d'installer une base d'opérations

---

<sup>31</sup> Il y a, note Wang Sonné (2000 : 35), une proximité géographique réelle entre la Guinée Espagnole et le Cameroun. Santa Isabel, située au nord de Fernando Poo, 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 Poo à la fin du 15<sup>ème</sup> 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 et les échanges réguliers entre les populations des deux territoires sont très anciens. Les Fang et les Ngumba qui résident des deux côtés de la frontière du continent ont des affinités familiales et tribales. Ces derniers sont souvent passés de l'autre côté de la frontière pour entretenir des échanges avec Campo. Ils ont pratiqué le commerce et ont surtout été employés dans les plantations de cacao créées dans la zone par les Allemands. Il est donc fort possible qu'à chacun de leurs voyages les Ngumba aient répandu le parasite.



à Ayos<sup>32</sup> (Jojot, 1921). L'arrêté du 15 avril 1920 y créait un secteur de prophylaxie et un centre d'instruction pour la formation du personnel aux techniques de dépistage et de traitement de la maladie du sommeil comprenant un laboratoire et une hypnosserie avait été prévu à Ayos. Les activités du secteur de prophylaxie commencèrent par la construction du laboratoire, de l'hypnosserie et du centre d'instruction.

Par arrêté du 17 avril 1920, tous les médecins en service au Cameroun, les infirmiers européens et indigènes affectés au service de prophylaxie contre la maladie du sommeil devaient obligatoirement faire un stage d'instruction pratique au centre d'instruction d'Ayos. L'enseignement, d'un caractère exclusivement pratique, les appelait à participer successivement à toutes les opérations, y compris les tournées dans la brousse. Grâce aux malades internés dans l'hypnosserie, les médecins et infirmiers stagiaires pouvaient non seulement apprendre à rechercher le trypanosome, mais encore se familiariser avec les différentes formes cliniques de la maladie à ses divers stades d'évolution. Le stage, d'une durée moyenne d'un mois pour les médecins, de deux mois pour les infirmiers européens et de trois mois pour les infirmiers indigènes s'achevait par la délivrance d'un certificat d'instruction spéciale les reconnaissant « *aptés* » à servir dans les secteurs de prophylaxie.<sup>33</sup>

Au budget de 1921, les crédits prévus pour la prophylaxie de la trypanosomiase s'élevaient à 169.946 francs (Jojot, *Idem*). Le personnel affecté à ce secteur comprenait au 31 décembre 1920 : 2 médecins, 36 infirmiers indigènes, 1 secrétaire indigène. L'équipe était dotée de moyens de transport (chaises à porteurs et pirogues). 16 gardes régionaux, 50 porteurs et payeurs furent affectés, d'une façon permanente, au service de prophylaxie, en vue d'éviter les dangers de propagation qui résulteraient de

---

<sup>32</sup> Au cours des dernières années avant la guerre, les Allemands avaient établi leur principal centre d'activités à Ayos, dans la région la plus contaminée du secteur. Le poste était installé sur une colline, à quelque distance des grandes voies de transit. Dès le début des hostilités, les Allemands avaient interrompu la lutte contre la maladie du sommeil et dispersé les occupants d'Ayos, devenu une case à l'usage des commerçants surpris au Cameroun par la déclaration de guerre. En 1920, il ne restait de l'Ayos allemand que trois constructions en briques, dont une à peine commencée et les deux autres, avec leurs toits crevés, leurs fenêtres et portes démolies, rappelaient les régions envahies. Toutes les cases des indigènes avaient disparu : la brousse recouvrait leurs emplacements, ainsi que les chemins. Il fallut tout reconstruire (Jojot, 1921).

<sup>33</sup> Le Centre d'Instruction d'Ayos avait dans un premier temps été créé pour répondre aux besoins en personnel du service de prophylaxie de la maladie du sommeil et pour former les médecins coloniaux nouvellement arrivés au Cameroun, au dépistage et au traitement de cette maladie. A partir de 1932, il deviendra un lieu de formation des aides de santé et infirmiers brevetés. Toutefois, ses activités de formation dans le cadre de la lutte contre la maladie du sommeil ne seront pas négligées.

mutations trop fréquentes dans ce personnel. Des avantages pécuniaires étaient alloués à titre de prime « *de risque* » aux médecins, aux infirmiers européens et indigènes titulaires du certificat délivré par le centre d'instruction ainsi qu'aux gardes régionaux employés.

Comme à l'époque allemande, les trypanosomés étaient traités dans les dispensaires des postes fixes et dans leurs villages par les équipes mobiles qui, sous la direction des deux médecins, parcouraient le secteur de prophylaxie suivant des itinéraires déterminés à l'avance (Jojot, 1921 : 431 ; 1922). Avec le concours des agents de l'administration, toute la population était rassemblée et chaque habitant examiné. Engorgement ganglionnaire cervical, maigreur, tachycardie, céphalées, poussées fébriles et, au stade avancé, tremblements, troubles de la station et de la marche, accès de sommeil, étaient les signes cliniques recherchés. Sur les sujets sélectionnés par l'examen clinique, l'examen du suc ganglionnaire était pratiqué. Si cet examen s'avérait négatif, il était procédé à l'examen microscopique du sang par la méthode de Ross ou de la goutte épaisse, méthode qui avait sur l'examen du sang après centrifugation l'avantage de la simplicité, de la rapidité et de la possibilité persistante de contrôle. Si le trypanosome n'apparaissait ni dans le suc ganglionnaire ni dans le sang, il était recherché dans le liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire, surtout chez les malades parvenus à la dernière période (Jojot, *Idem*). Pour chaque individu reconnu atteint, une fiche sanitaire contenant une série de renseignements d'ordre administratif et médical, destinés à permettre d'identifier l'intéressé et de le suivre au cours des différentes étapes du traitement était établie. Cette fiche était conservée dans les archives du secteur et une fiche plus petite, portant le même numéro d'ordre que la précédente, dont elle résumait la teneur, était remise au malade qui devait la représenter à toutes les visites (Lépine, 1921). Tout individu trypanosomé recevait immédiatement une première injection d'atoxyl renouvelée dans la suite, le plus fréquemment possible, en vue d'obtenir, non seulement la stérilisation mais éventuellement la guérison. Les malades gravement atteints auxquels leur entourage ne pouvait donner les soins nécessaires, les aliénés, les détenus reconnus trypanosomés des prisons de Doumé, Akonolinga et Lomié étaient soignés à l'hypnoserie d'Ayos.

Selon les recommandations de la Société de Pathologie Exotique, la surveillance sur les routes et voies fluviales avait été organisée. La vie économique du pays fut, autant que possible, respectée. Les relations entre le secteur et les régions voisines avaient été maintenues sous le contrôle des postes filtres chargés de surveiller la circulation routière et fluviale. Le passeport administratif requis des indigènes pour sortir d'une subdivision était obligatoirement visé par le service médical du secteur. Des postes de

surveillance du transit fonctionnaient et tous les porteurs et piroguiers passant par ces postes de surveillance étaient examinés. Les porteurs reconnus trypanosomés n'étaient autorisés à se remettre en route qu'après atoxylisation et les malades blanchis étaient signalés aux administrateurs et aux médecins des circonscriptions dans lesquelles ils se rendaient (Lépine, 1921 ; Jojot, 1921).

Près de 70 000 indigènes avaient été examinés au 1<sup>er</sup> mars 1922. Un total d'environ 8500 trypanosomés avaient été dépistés. Cependant, les recherches n'avaient porté que sur les parties réputées les plus contaminées du secteur (Ayos, Akonolinga, Doumé, Abong-Mbang) et les sondages pratiqués au-delà des limites du secteur montraient que la maladie n'apparaissait plus que par cas isolés (Jojot, 1921 ; 1922 ; Lépine, 1921). Fort de ces résultats, Jojot (1922) notait que la situation économique du Cameroun permettait d'espérer que, chez les populations mieux nourries, les organismes résisteraient mieux et triompheraient plus vite de la trypanosomiase. Déjà, ajoutait-il, la mortalité constatée chez les sujets traités au début de la maladie était relativement faible, signe favorable pour le succès de la campagne que le Dr Jamot était désormais chargé de poursuivre.

#### **IV- LA NAISSANCE D'UNE MISSION AUTONOME DE PROPHYLAXIE DE LA MALADIE DU SOMMEIL AU CAMEROUN**

##### **1- La création d'un service de prophylaxie de la maladie du sommeil**

Comme ses prédécesseurs, Eugène Jamot avait établi le cœur de ses activités à Ayos. En 1923, il fut chargé d'organiser la lutte antissommeilleuse sur tout le territoire. Un arrêté<sup>34</sup> du Commissaire de la république créait un « *service de surveillance et de prophylaxie de la maladie du sommeil au Cameroun* ». Le service serait assuré dans les circonscriptions par les médecins à quelque titre que ce soit. Mais la région du Haut-Nyong, comme le précisait l'article 4 de l'arrêté, les subdivisions de Doumé et d'Akonolinga particulièrement atteintes par l'endémo-épidémie étaient détachées des circonscriptions voisines pour former un secteur spécial de prophylaxie indépendant où le service serait assuré par un médecin-chef de secteur relevant directement du chef du service de santé. A l'arrêté du commissaire de la république était jointe une circulaire relative à son application. Elle précisait surtout les mesures de surveillance de la circulation. Notant que des

---

<sup>34</sup> Arrêté organisant au Cameroun un service de surveillance et de prophylaxie de la maladie du sommeil, 20 janvier 1923, *Journal Officiel de la République du Cameroun*, P.36-37, Archives Nationales de Yaoundé.

trypanosomés avérés ou suspects provenant d'Akonolinga avaient été signalés dans les villes de Douala, Eséka, Edéa, le commissaire insistait sur la nécessité d'une surveillance active exercée sur chaque point du territoire.<sup>35</sup>

L'arrêté du 6 juin 1924 fit du camp sanitaire d'Ayos un poste administratif indépendant, relevant du Commissaire de la République du Cameroun. Un chef de poste placé sous les ordres du médecin-chef du camp était chargé de la gestion, du ravitaillement, de la discipline et des travaux d'assainissement dans le camp. En dehors de ce changement de statut, rien ne sera modifié dans l'organisation du fonctionnement du camp d'Ayos. Cette même année, au cours de leurs activités de prospections, Eugène Jamot et son équipe entrent dans la subdivision de Yaoundé et dépistent plusieurs cas de trypanosomiase « *jusqu'aux portes mêmes de la ville* » (Bebey-Eyidi, 1950). Or, à cette époque-là, la construction du chemin de fer Eséka-Yaoundé nécessitait une main-d'œuvre importante et il ne pouvait être question de compromettre le recrutement en autorisant des prospections dans la région. Aussi ayant révélé que le mal était manifestement plus répandu qu'on ne voulait l'accepter et sorti de la région du Haut-Nyong où on voulait le « voir » cantonné, le Docteur Jamot venait de commettre une sorte de « *crime d'État* » (Bebey-Eyidi, *Idem*). Le chef de circonscription de Yaoundé le chassa de son territoire, lui intimant l'ordre formel de cesser tout travail et de rejoindre Ayos. Lapeyssonnie note qu'un inspecteur des affaires administratives fut envoyé pour enquêter sur ses activités, information que Gomart-Jacquet (1995) met en doute, n'ayant trouvé aucune confirmation de ce fait dans les archives. Il souligne également que c'est à la suite de cette intimation que, découragé par la façon dont ses efforts étaient compris et jugés, Jamot décidera d'aller prospecter dans le Nord-Cameroun « *je serai, disait-il, loin du chef-lieu et des palabres stériles* » (Lapeyssonnie, 1987 : 85). Durant sa mission dans le Nord-Cameroun<sup>36</sup>, Eugène Jamot était resté en rapport avec ses collaborateurs du Sud et suivait de près les activités de prospections. Il savait ainsi que, dans leurs rapports, les médecins confirmaient l'existence de la maladie du sommeil dans diverses régions du territoire.

---

<sup>35</sup> Circulaire au sujet de l'application de l'arrêté du 30 janvier 1923, instituant au Cameroun un service de surveillance et de prophylaxie de la maladie du sommeil, *Journal Officiel de la République du Cameroun*, année 1923, P. 37-39, Archives Nationales de Yaoundé.

<sup>36</sup> Pour sa mission dans le Nord-Cameroun voir : Le secteur de Logone Birni, Rapport du Dr Jamot, février 1925, Archives du Pharo, Carton 470 ; voir aussi Jamot, 1926.

## 2- L'ultime décision

Jamot regagna le Sud au milieu de l'année 1925 ; il trouva la situation plus grave qu'il ne l'avait prévue depuis 1922. Plus on prospectait, plus on découvrait des villages infestés depuis peu. Cet état de choses ne faisait que confirmer son idée suivant laquelle, pour résoudre le problème, il fallait absolument créer un service spécial, autonome, bien équipé et exclusivement préposé à la lutte anti-sommeilleuse. Il avait déjà suggéré l'idée à son arrivée au Cameroun et n'avait cessé de le rappeler, mais s'était chaque fois heurté à des obstacles à commencer par le scepticisme des autorités administratives : la maladie du sommeil avait toujours existé, disait-on, et « *si elle était aussi meurtrière que le dit Jamot, tout le pays serait depuis longtemps dépeuplé* » sans compter le scepticisme des autorités médicales : « *Jamot confond le trypanosome avec le tréponème de la syphilis et du pian* », disait à peu près le médecin colonel Talbot directeur du service de santé du Cameroun (Bebey-Eyidi, 1950).

La haute administration du pays, note Gomart-Jacquet (1995), souhaitait lutter efficacement contre la maladie et plusieurs arrêtés, circulaires, instructions, avaient été disséminés à ce sujet.<sup>37</sup> Mais dans la réalité, on s'apercevait que toutes ces décisions restaient, dans l'ensemble, lettre morte. Dans une circulaire envoyée aux chefs de circonscriptions, le Commissaire de la République faisait référence à un rapport du docteur De Marqueissac, médecin chef du secteur de prophylaxie d'Ayos, qui invoquait « *la carence des chefs de certaines circonscriptions ou subdivisions, du moins leur indifférence ou leur manque de zèle pour expliquer la progression défavorable de l'index de trypanosomiase* ». Cette indifférence, cette absence de zèle se manifestaient entre autres par des défaillances au niveau de la surveillance de la circulation. Le docteur De Marqueissac prétendait que certaines tribus habitant sur la route Lomié-Abong-Mbang avaient été contaminées par d'autres tribus amenées dans la région pour les travaux de la route automobilisable. Il invoquait également la famine pour justifier l'extension du mal. L'argumentation n'était pas, précisait le commissaire, nouvelle, elle avait déjà suscité une circulaire. Le Commissaire de la République demandait donc aux différents chefs de circonscriptions et de subdivisions d'examiner « *avec la plus grande attention les diverses affirmations du Chef du Secteur d'Ayos, en faire s'il y a lieu, la critique serrée* » en étayant les « *réponses de toutes les précisions possibles* ». <sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> L'auteur compte une douzaine d'arrêtés, circulaires, instructions, entre 1920 et 1926.

<sup>38</sup> Circulaire à MM. les Chefs de Circonscription de Yaoundé-Doumé-Lomié, Subdivisions d'Abong-Mbang-Akonolinga, Fichier santé 3AC 1442, Archives Nationales de Yaoundé.

En réponse à ces affirmations, notamment en ce qui concerne le désintéret administratif, il sera répondu au commissaire de la République qu'il est incontestablement inopérant dans la subdivision d'Abong-Mbang dont « *le chef est un vétéran de la prophylaxie administrative, d'un dévouement toujours égal à la lutte contre la trypanosomiase depuis 1920... il est l'un des premiers artisans de la prophylaxie administrative de la maladie du sommeil* ». Il recevra d'ailleurs du Gouverneur Carde un témoignage de satisfaction pour le concours effectif apporté aux médecins et sera proposé pour la médaille d'argent des épidémies. En outre, notait l'auteur du rapport, tous les médecins qui s'étaient succédé à Ayos avaient unanimement reconnu que c'est à Abong-Mbang que le pourcentage de malades présentés en tournées de traitement avait été le plus élevé. Il apportait néanmoins cette précision : « *quoique l'on fasse, il sera impossible de maintenir tous les malades dans les villages. Car il faut tenir compte des contingences de la vie et aussi de l'apathie de l'indigène et il y aura toujours une proportion de 10 à 15% de battement* ». Dans le rapport soumis au commissaire de la République, les auteurs réfutaient chacune des accusations du Docteur de Marqueissac. Mais étant donné que les feuilles contenant les accusations de ce dernier ont disparu du dossier, il n'est pas possible de connaître et d'analyser leur fondement. On peut néanmoins remarquer que ces carences de l'administration étaient signalées même dans les journaux métropolitains et le Ministre des Colonies craignait que de pareilles informations ne servent la propagande allemande (j'en reparlerai).<sup>39</sup> Le Tanon & Jamot (1924 : 1481), jugeant également la collaboration entre l'administration et les services médicaux insuffisante, avaient insisté sur la liaison qui devait exister entre ces deux corps, liaison sans laquelle « *la réalisation des mesures de prophylaxie ne peut être qu'un mythe* ». <sup>40</sup>

Il ne s'agissait pas, souligne encore Gomart-Jacquet (1995), d'une défaillance des autorités administratives à faire appliquer ses règlements, mais plutôt d'une certaine réticence face à la difficulté de mise en œuvre des mesures anti-trypanosomiques.<sup>41</sup> En effet, les mesures telles que l'isolement

---

<sup>39</sup> Note confidentielle du Ministre des Colonies, Direction des Affaires Politiques, reçue à Yaoundé le 26 avril 1926, Fichier santé, 3AC 1442, Archives Nationales de Yaoundé.

<sup>40</sup> Le Tanon & Jamot, « La maladie du sommeil au Cameroun », *La Presse Médicale*, N°68, samedi 23 août 1924, Archives de l'Institut Pasteur de Paris, BPT Mal Som I.

<sup>41</sup> Dans sa circulaire du 20 janvier 1923, le Gouverneur Carde avait reconnu ce conflit entre les raisons économiques et les mesures relatives à la circulation des individus, que soulevait le contrôle de la maladie du sommeil au Cameroun. C'est d'ailleurs parce qu'il était impossible pour des raisons économiques « *faciles à comprendre de transformer toute une région en un vaste camp de ségrégation sans communication directe avec l'extérieur* », qu'il avait été amené à instituer un passeport sanitaire. *Journal Officiel des Territoires du Cameroun*, Circulaire au sujet

des régions atteintes, l'institution d'un passeport sanitaire pour sortir des zones à risque, l'examen médical de la main-d'œuvre, l'exemption d'impôt, de portage et d'autres prestations pour la plupart des sommeilleurs constituaient un frein à l'activité économique du pays. En dehors de cela, les ressources du territoire n'étaient pas en mesure de supporter l'effort financier nécessaire à la création d'un organisme tel que le concevait Eugène Jamot (Bebey-Eyidi, 1950 ; Lapeyssonnie, 1987). Devant cette situation inquiétante, Jamot décida « *de tenter un effort plus grand encore. Puisque le territoire n'avait pas assez d'argent pour monter un tel service et assurer son autonomie, c'était à la France de venir à son secours* » (Bebey-Eyidi, 1950). Il lui fallait trouver un biais pour se faire entendre. Retourné en congé en France, il entreprit une vaste campagne destinée à intéresser les sociétés scientifiques et les personnalités du monde scientifique et médical à la question de la maladie du sommeil au Cameroun (Gomart-Jacquet, 1995 ; Bebey-Eyidi, Idem). A la suite de ses démarches, il obtint d'exposer les problèmes posés par la maladie du sommeil au Cameroun lors de la séance mensuelle de la Société de Pathologie Exotique. La séance avait lieu le 9 décembre 1925 à 18h. Félix Mesnil en était alors le président.

### 3- Conférence à la Société de Pathologie Exotique

La réunion constitutive de la Société de Pathologie Exotique fondée en 1907 par Alphonse Laveran s'est tenue le 20 décembre 1907 et la séance inaugurale un mois plus tard, le 22 janvier 1908. Cette première séance fut ouverte par une allocution de son Président-Fondateur qui, après avoir évoqué les progrès accomplis depuis la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle dans le domaine des maladies exotiques, rappellera les buts de la Société : « *l'étude des maladies exotiques de l'homme et des animaux, celle de l'hygiène coloniale, de l'hygiène navale et des mesures sanitaires destinées à empêcher l'extension des épidémies et des épizooties d'origine exotique* » (Laveran, 1908 : 7). Il justifiera cette création par « *l'extension des empires coloniaux (et) la multiplicité et la rapidité des moyens de transports qui favorisent la dissémination des maladies* » (Laveran, Idem : 1). Dès sa création en 1908, la société de pathologie exotique s'était intéressée à la question de la trypanosomiase et à son contrôle dans les colonies françaises (dans le premier volume du bulletin de la Société, plus de la moitié des articles est consacré à cette maladie). Elle avait notamment rédigé un fascicule envoyé en 200 exemplaires au ministère des colonies et dont le ministre des colonies accusera réception dans une lettre en date du 27 juillet 1908.<sup>42</sup> La Société

---

de l'application de l'arrêté du 30 janvier 1923, instituant au Cameroun un Service de Surveillance et de Prophylaxie de la maladie du Sommeil, P38, Archives Nationales de Yaoundé.

<sup>42</sup> *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1908, Vol. 1, P448.

avait en outre clairement manifesté son désir d'influencer les décisions politiques ainsi qu'en témoigne cet extrait de l'allocution de Calmette, lorsqu'en 1920 il prend la place d'Alphonse Laveran à la tête de la Société : « *Notre Société s'efforcera, plus encore qu'elle ne l'a pu jusque-là de faire pénétrer son influence dans les milieux administratifs coloniaux et dans les grandes exploitations agricoles forestières minières ou de transport de nos colonies. On ignore trop dans les sphères officielles, combien les médecins et les naturalistes peuvent contribuer puissamment à l'œuvre d'expansion civilisatrice de la France ...Exprimons donc le vœu que ceux d'entre nous qui, par leur situation, par leurs fonctions publiques, par leurs relations particulières avec les milieux officiels coloniaux peuvent faire entendre leur voix, soient mieux écoutés dans l'avenir qu'ils ne le furent dans le passé* ». <sup>43</sup> La situation créée par la maladie du sommeil au Cameroun, constituait une ouverture pour la réalisation du vœu formulé par Calmette.

La conférence donnée par Eugène Jamot avait lieu dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur. Le Professeur Mesnil présidait la séance. Etaient présents autour de lui : Albert Calmette, Président de la Société de 1920 à 1924, le Médecin Général Dopter du Service de Santé Militaire, les professeurs Joyeux, Roubaud, Brumpt, Marchoux et Emile Roux, Directeur de l'Institut Pasteur. Après avoir rendu compte des résultats obtenus par ses prédécesseurs et par lui-même, des méthodes employées par les équipes de prophylaxie et de la nécessité d'une intervention décisive, Eugène Jamot conclut : « *... la question de la maladie du sommeil est tout entière une question de porteurs de germes ...En réalité, pour combattre efficacement la maladie du sommeil, il suffit de guérir les malades, ou tout au moins de les rendre inoffensifs pour le milieu où ils vivent, de préserver les individus sains par des mesures d'ordre sanitaire appropriées, enfin, de protéger les zones saines, en en interdisant l'accès aux sommeilleux. ...Dans le milieu où nous opérons, elles seront irréalisables aussi longtemps que les questions d'administration pure domineront la question sanitaire et tant que le médecin n'aura pas, dans les régions contaminées, l'autorité qu'a le chirurgien dans la salle d'opération. ...* » (Jamot, 1925 : 762-769). Au fur et à mesure qu'avance l'exposé, écrit Montestruc (1955 : 3 ; 1970 : 58), « *la parole de l'orateur s'est faite plus vibrante, plus incisive, plus pathétique aussi. Jamais dans ce milieu austère que constitue celui de la Société de Pathologie Exotique, on n'avait entendu des paroles aussi véhémentes. On se regarde, on hésite, mais bientôt des applaudissements frénétiques éclatent, pendant que le Docteur Jamot regagne sa place. Il vient de remporter pour cette croisade contre la maladie du sommeil sa première victoire, la victoire*

---

<sup>43</sup> *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, Séance du 14 janvier 1920, Vol. 13, N°1.



*la plus essentielle, la victoire scientifique. Restait à livrer une seconde bataille encore plus difficile : la bataille administrative ».*

## 4- Éléments contextuels

### 4-1 Les spécificités du Cameroun en AEF

Territoire sous mandat de la SDN, puis sous tutelle de l'ONU, le Cameroun n'appartenait pas à l'ensemble de l'AEF et ces organisations internationales veillaient à la bonne tenue de leur mandataire qu'était la France. En effet, celle-ci se devait de présenter annuellement à la Commission permanente des mandats de la SDN et la Commission Consultative de l'ONU un rapport sur la gestion du Cameroun. Pour ce faire, la France y avait commis un représentant permanent chargé de défendre ses intérêts et, chaque année, les Commissaires et Hauts-commissaires de la France au Cameroun se rendaient soit à Genève, soit à New York pour soutenir leurs rapports d'activités (ce qui en soi faisait la différence entre ces derniers et les Gouverneurs des autres possessions françaises). Ce contrôle permanent rendait les autorités françaises exigeantes quant au choix de ceux qui devaient assumer ces fonctions au Cameroun (Abwa, 1997). Le chef du territoire du Cameroun français était nommé par le chef de l'Etat français sur proposition du Ministre des Colonies et plus tard de la France d'Outre-mer. Alors que partout en Afrique Noire on pouvait espérer obtenir une colonie à gérer lorsqu'on avait atteint le grade d'administrateur en chef de 2<sup>e</sup> ou 1<sup>ère</sup> classe, le président de la République française ne désignait pour administrer le Cameroun que les administrateurs ayant atteint le grade de Gouverneur des Colonies. C'était le sommet de la hiérarchie des administrateurs des colonies, où l'on ne pouvait plus, sauf pour cause de sanction, être désigné à des emplois de Lieutenant-Gouverneur mais où l'on pouvait espérer obtenir une grande colonie ou une fédération de colonies (Abwa, *Idem*). Le Commissaire de la république française au Cameroun avait le privilège de n'avoir aucun intermédiaire entre le Ministre des Colonies et lui, privilège qu'il partageait en Afrique noire avec les Gouverneurs Généraux de l'AOF et de l'AEF. Les primes y étaient par ailleurs plus importantes que dans les autres colonies ayant les mêmes dimensions (Abwa, *Ibid.*).

Il semble, souligne encore Abwa (*Ibid.* : 51), que dans le choix des hauts fonctionnaires à placer à la tête du Cameroun, les autorités françaises aient cherché à être conformes au slogan anglais « *the right man in the right place* ». <sup>44</sup> Les commissaires étaient envoyés au Cameroun pour résoudre des problèmes ponctuels. Pour prendre possession du Cameroun qui était un

---

<sup>44</sup> Littéralement : « *l'homme qu'il faut à l'endroit qu'il faut* ».

protectorat allemand et le rendre français par droit de conquête, les autorités françaises ne désignèrent pas moins qu'un général de division : Joseph Gaudérique Aymérich. La conquête et le partage terminé, il fallait que la nouvelle acquisition territoriale demeure à jamais française. En effet, bien que vaincus au Cameroun, les Allemands continuaient la guerre en Europe. Un retournement de situation était donc toujours possible.<sup>45</sup> Les autorités françaises estimèrent qu'à la tête du Cameroun il fallait un homme susceptible de donner les ordres nécessaires au moment opportun, un administrateur capable de concilier les rôles d'officier militaire et d'administrateur civil et qui, en attendant la fin de la guerre, organiserait l'administration du territoire afin de combler le vide laissé par les Allemands. Lucien Fourneau fut cet homme. La guerre terminée, Jules Gaston Carde, administrateur civil, « *carriériste à souhait, qui rêvait de devenir un "Seigneur colonial"...* » (Abwa, 1997 : 53) fut envoyé pour remplacer Lucien Fourneau. A travers lui, on entendait « *classer* » (Abwa, *Idem* : 53) définitivement les Allemands du Cameroun. Enfin, lorsqu'il fallut procéder à « *l'exploitation systématique* » des ressources du Cameroun et « *mettre au pas* » les populations du territoire, on choisit un gouverneur des colonies qui depuis 1919 dédaignait toutes celles qui lui avaient été confiées, les jugeant indignes de lui. « *Il voulait une grande colonie dotée de ressources importantes où il ferait la preuve de ses capacités* » (Abwa, *Ibid.* : 53). Il demanda à être nommé au Cameroun et cela lui fut accordé. Il y restera dix années durant. Il s'agissait de Théodore Paul Marchand.<sup>46</sup>

A ces spécificités du Cameroun s'ajoutait le caractère « *politiquement avancé* » (Abwa, *Ibid.*) des populations. Les Français se rendirent très vite

---

<sup>45</sup> Les Allemands du Cameroun étaient intimement persuadés que l'issue de la guerre en Europe se ferait en faveur de l'Allemagne et qu'ils récupéreraient le Cameroun. Ils en avaient convaincu certains Camerounais qui les avaient suivis dans leur retraite à Fernando Poo (Abwa, 1997).

<sup>46</sup> Né le 5 août 1873 à Guelma en Algérie, Théodore Paul Marchand commence à 19 ans sa carrière professionnelle dans l'armée en qualité d'interprète militaire. A la suite d'un concours, il est intégré le 18 juillet 1892 au grade d'interprète auxiliaire de 2e classe. A ce grade, il est désigné pour servir dans les affaires indigènes de la division de Constantine. Il apprend les rudiments de son métier avant d'être mis hors cadre et employé auprès du Commandant Supérieur du Soudan français en 1895. Il y occupera les fonctions d'adjoint au service des affaires économiques et financières, puis d'adjoint au service des affaires politiques. C'est en Tunisie qu'il gravit le premier échelon de son cadre en devenant, le 9 décembre 1897, interprète auxiliaire de 1ère classe. A partir du 25 juin 1906, il est détaché auprès du ministère des Colonies où il est chargé des affaires musulmanes. Le 20 octobre 1911, il démissionne de l'armée, ayant été nommé par un décret du 8 septembre 1911, « *administrateur de 2e classe des colonies à titre exceptionnel et pour services rendus à la colonisation* ». En cette qualité, il exercera successivement au ministère des colonies (1911-1919), à la Martinique (1919-1920), au Gabon (1921-1922) et au Cameroun (1923-1933) (Abwa, 1997).

compte que certains groupes ethniques avaient une ambition politique précise. Ainsi, lorsque Bonnacarrère qui assurait l'intérim de Carde, demanda aux chefs Douala de lui accorder leur soutien en signant une lettre de sympathie en faveur de la France, ces derniers refusèrent de signer et ils lui firent comprendre que ce qu'ils voulaient, c'était la liberté. Enfin, pendant toute la période du mandat français, les Douala ne ratèrent aucune occasion pour stigmatiser la gestion du Cameroun par la France. Ils la jugeaient désastreuse et le signalaient dans les pétitions qu'ils adressaient à la SDN (Abwa, 1997). Le Cameroun disposait aussi d'énormes potentialités, de ressources qu'on ne retrouvait nulle part ailleurs en Afrique Centrale et qui faisaient l'enchantement des colons qui y passaient (Abwa, *Idem*).

Comme je l'ai signalé, la France n'était que la mandataire de la Société des Nations dans l'administration de ce territoire et, depuis la fin de la guerre, l'Allemagne menait une campagne contre l'administration française afin de reprendre possession de son ancien domaine.

#### 4-2 Les critiques allemandes

Depuis le début des années 20, les Allemands avaient entrepris une propagande pour le retour à leur patrie de ses anciennes colonies. En ce qui concerne le Cameroun, la propagande allemande s'appuyait entre autres sur une critique de l'administration française, notamment son mode de gestion de la protection de la santé publique. Cette critique était étayée par les progrès de la maladie du sommeil.<sup>47</sup>

Les critiques allemandes<sup>48</sup> quant à la lutte contre la trypanosomiase étaient de deux ordres : les Allemands accusaient la France « *d'avoir laissé la maladie se propager au Cameroun, d'avoir recours, faute de personnel, au moyen désespéré du service médical volant* », *d'appliquer une méthode de traitement inefficace, enfin de faire faire de la prophylaxie par des infirmiers inexpérimentés et hors de tout contrôle médical. Ces diverses causes expliquent, disaient-ils, les chiffres énormes de malades accusés par les rapports français adressés à la Société des Nations* » (Jamot, 1926 : 200). Aux « *errements* » français, ils opposaient leurs « *agissements propres* », tirant gloire du nombre de médecins utilisés par eux au Cameroun et du système prophylactique qui consistait à isoler et traiter les trypanosomés dans ce que Jamot qualifiera « *des camps de concentration* ». Répondant à ces critiques, Eugène Jamot avouera le manque de personnel : « *nous n'avons pas encore réussi à recruter le personnel médical*

---

<sup>47</sup> Note confidentielle du Ministre des Colonies reçue à Yaoundé le 26 avril 1926, Fichier santé, 3AC 1442, Archives Nationales de Yaoundé.

<sup>48</sup> *L'illustration*, N° 4330, Samedi 27 février 1926, P. 200.

*nécessaire à tous nos besoins. Mais des mesures, en cours d'exécution vont parer à cette pénurie* »<sup>49</sup> (Jamot, 1926). Quant au reproche « injustifié » d'avoir laissé le mal se répandre, il notera que même du temps des Allemands, de nombreux foyers de trypanosomiase existaient au Cameroun. La guerre avait interrompu la lutte commencée par les Allemands « *et la campagne du Cameroun eut comme conséquence inévitable de mélanger les populations, de multiplier les possibilités de contagion, de favoriser la propagation de l'endémo-épidémie* » (Jamot, Idem). La France ne pouvait donc être tenue pour responsable de l'extension prise par la maladie. Du reste, cette extension, expliquait-il, justifiait l'utilisation de nouvelles méthodes (Jamot, 1929). En ce qui concerne le reproche d'utiliser les auxiliaires noirs inexpérimentés, « *qui opéreraient sans aucune surveillance médicale et d'appliquer une thérapeutique inefficace* », Jamot indiquera : « *nous ne leur demandons que ce qu'ils peuvent donner, c'est-à-dire de multiplier les yeux et les mains du médecin. Jamais ils n'opèrent seuls. Ils sont embrigadés dans des équipes toujours, répétons-le, dirigées par un européen* ». Il brandira les résultats obtenus pour démontrer l'efficacité de la thérapeutique employée : « *nous n'avons jamais eu à déplorer les accidents de cécité et de mort subite que nos prédécesseurs n'ont pas toujours su éviter. Nous poursuivons la guérison intégrale de tous les malades curables et nous avons lieu de croire que notre traitement est au moins aussi efficace que les « doppelinjektionnen*<sup>50</sup> » administrées aux quatre ou cinq mille malades traités par les Allemands de 1910 à 1914 dans la région du Nyong et de la Doumé... ». S'adressant à l'auteur « du réquisitoire », il écrira : « *qu'il apprenne que nous avons très soigneusement recherché ces malades et que nous n'avons réussi à retrouver qu'une dizaine de survivants... Nous avons visité et revisité en quatre ans près de 150 000 habitants, recensé et traité plus de 45 000 trypanosomés.... Des malades grabataires, ..., ont pu reprendre leurs occupations. Des régions entières*

---

<sup>49</sup> Le Ministre des Colonies « *regrettera l'insertion dans l'Illustration, journal autorisé et universellement répandu, du passage de l'article sur la maladie du sommeil où le Docteur Jamot donne raison aux allemands... on ne peut pas donner à nos ex-ennemis, d'armes mieux préparées, d'arguments plus utilisables...* » notera le ministre. Note confidentielle du Ministre des Colonies reçue à Yaoundé le 26 avril 1926, Fichier santé, 3AC 1442, Archives Nationales de Yaoundé.

<sup>50</sup> Jojot (1921 : 437) notait d'ailleurs les résultats peu satisfaisants de cette méthode sur les rapatriés de Fernando Poo. Sur 86 malades traités par la méthode des « *doppelinjektionnen* » à raison de 3 grammes d'atoxyl par mois en injections de 0,50, deux jours consécutifs, 3 à leur débarquement à Douala étaient aveugles, 17 étaient atteints d'amblyopie (affaiblissement de la vue), 1 d'héméralopie (affaiblissement significatif de la vue lorsque la lumière diminue), 4 présentaient des trypanosomes dans les milieux superficiels, 1 avait été débarqué dans le coma et succomba quelques jours après, une vingtaine étaient dans un état très grave, 12 moururent au cours du trimestre suivant.

*sont revenues à la vie.... La France, une fois de plus, peut se vanter d'avoir accompli sa mission civilisatrice »* (Jamot, 1926).

En dehors de ces revendications allemandes, il faut savoir que la volonté des autorités coloniales de mettre en valeur, au lendemain du premier conflit mondial, les richesses potentielles des territoires de l'Afrique était entravée par d'importants problèmes démographiques. La mise en valeur nécessitait une main-d'œuvre importante et en bonne santé. Or l'Afrique française était peu peuplée. Il fallait donc développer les populations en quantité et en qualité, « *faire du Nègre* », suivant une expression du gouverneur Carde que nous avons déjà mentionnée. Albert Sarraut fit dans son plan de mise en valeur des territoires coloniaux de 1921 une importante place à la lutte contre les maladies épidémiques et la mortalité infantile. Son programme ne fut pas adopté. Plus tard, conseillé par des autorités sanitaires dont le Médecin Général Inspecteur Lasnet, Daladier donna une nouvelle impulsion à cette politique médicale, se proposant de faire évoluer l'assistance médicale indigène vers une médecine de masse, préventive et sociale, seule capable d'assurer la protection et le développement des races autochtones. L'orientation donnée par Daladier à la politique sanitaire ne fut plus modifiée (Gomart-Jacquet, 1995).

C'est donc dans ce climat que, le 29 avril 1926, se tint au Ministère des Colonies à Paris, sous la présidence du Ministre des Colonies une commission scientifique spéciale, chargée « *de déterminer les moyens susceptibles d'amplifier et de porter à son maximum d'effet la lutte entreprise au Cameroun... contre la maladie du sommeil...* » (Gomart-Jacquet, *Idem*).

#### 4-3 La victoire administrative

Au côté de M. Léon Perrier, alors ministre des colonies, se trouvaient : le Général Messimy, ancien Ministre de la Guerre, l'Amiral Lacaze de l'Académie Française, ancien Ministre de la Marine et président de l'Institut Colonial. Etaient également présents Albert Duchène, Directeur des affaires politiques, les Professeurs Marchoux, Tanon et Tessier, de l'Académie de médecine et de la Faculté de Médecine de Paris, le Gouverneur Marchand, Haut-commissaire de la France au Cameroun, le Médecin Général Inspecteur Lasnet, le représentant du Ministère des Finances, le professeur Mesnil et le médecin-major de première classe des troupes coloniales Eugène Jamot. Mandé d'urgence à Paris, M. Marchand avait emporté avec lui le rapport du Directeur du Service de Santé du Cameroun, qui concluait à l'inexistence de la trypanosomiase hors du secteur du Haut-Nyong (Bebey-Eyidi, 1950). La parole fut aussitôt donnée au Docteur Jamot. Il présenta la situation créée au Cameroun par la maladie du sommeil et ses conclusions furent les mêmes

que celles exposées six mois plus tôt à la Société de Pathologie Exotique : pour sauver le pays, il fallait donner aux médecins les pouvoirs que possède le chirurgien dans la salle d'opération, c'est-à-dire qu'il fallait « à ceux qui se consacrent là-bas à cette œuvre de salut » la plus complète indépendance et des moyens en conséquence. Un silence glacial suivit son exposé. « *J'ai cru, confiera-t-il, que ma carrière était définitivement brisée, malgré que mon subconscient me dise que le droit et la vérité finissent toujours par triompher* ». C'est alors que l'Amiral Lacaze se leva : « *Monsieur le Ministre, dit-il, de deux choses l'une : ou bien le médecin major Jamot a dit la stricte vérité et alors nous ne devons pas lui marchander les moyens de lutte qu'il demande, ou bien il a travesti cette vérité et alors vous devez lui appliquer une sanction que pour ma part, je demande extrêmement sévère* ». Le Ministre se tourna alors vers le gouverneur Marchand : « *c'est à vous, monsieur le Haut-commissaire, qu'il appartient de répondre à M. l'Amiral Lacaze* ». « *Le Docteur Jamot, répondit M. Marchand, n'a pas dit un mot qui ne soit l'exacte vérité de la situation sanitaire au Cameroun* » (Montestruc, 1955 : 5 ; 1970 : 59). Le problème était résolu. La séance n'avait pas duré trente minutes (Montestruc, *Idem*). Le 8 juillet 1926, l'arrêté créant une mission permanente de lutte contre la maladie du sommeil paraissait au *Journal Officiel de la République Française*.<sup>51</sup> En plus de son objectif qui était de rechercher les foyers de trypanosomiase et de combattre la maladie jusqu'à son extinction, la mission, placée sous la direction d'Eugène Jamot, devait assurer dans les régions infectées les services médicaux d'assistance et de prophylaxie.

---

<sup>51</sup> La France aura attendu dix ans après son installation au Cameroun pour réellement s'occuper de la maladie du sommeil (Gomart-Jacquet, 1995).

## CHAPITRE III

# La mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil

### I- PRESENTATION DE LA MISSION

« *Considérant le péril que constitue la maladie du sommeil pour les populations indigènes du territoire du Cameroun...* », était donc créée au Cameroun, par arrêté du 8 juillet 1926, une mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil. La mission avait pour but de « *rechercher les foyers de trypanosomiasés, d'étudier la maladie et de la combattre jusqu'à son extinction, sous l'autorité directe du Commissaire de la république* ». Elle était également chargée d'éclairer l'administration du territoire pour la « *direction à donner aux efforts administratifs, complément indispensable à son travail technique pour obtenir l'assainissement du pays* ». <sup>52</sup> La mission devait en outre assurer, dans les régions placées sous sa tutelle et dans les conditions adaptées à son fonctionnement, les services médicaux d'assistance et de prophylaxie.

L'article 3 de l'arrêté fixait la composition du personnel médical de la mission : 10 médecins, 20 agents sanitaires européens, 150 infirmiers et interprètes indigènes. Le personnel de la mission percevait, en plus de la solde du supplément colonial et des indemnités afférentes à chaque grade prévues par les textes réglementaires ou contrats en vigueur, un supplément de fonction à taux journalier <sup>53</sup>. Il serait en plus attribué aux membres de la mission des indemnités spéciales fixées à 70 000frs acquises de la manière suivante : pour les médecins une première tranche de 10 000frs après la troisième année de services effectifs à la mission, une deuxième tranche de

---

<sup>52</sup> Arrêté instituant au Cameroun une mission permanente de la maladie du sommeil et nommant le chef de la mission, Archives Nationales de Yaoundé.

<sup>53</sup> Ce supplément de fonction, payé même en cas de maladie entraînant l'hospitalisation de l'intéressé, était fixé ainsi qu'il suit : chef de mission 65frs ; adjoint au chef 41frs ; médecin major de 2ème classe 32frs ; médecin aide-major de 1ère classe ou de 2ème classe 21frs ; agent sanitaire européen 11frs ; agent sanitaire indigène 3frs ; infirmier et écrivain interprète indigènes 2frs.

20 000frs après la sixième année de services effectifs à la mission, une troisième tranche de 40 000frs après la huitième année de services effectifs à la mission. Les agents sanitaires européens toucheraient une première tranche de 4000frs après la première année de services effectifs à la mission, une deuxième tranche de 8000frs après la sixième année de services effectifs à la mission.<sup>54</sup> L'article 5 prévoyait la création d'un budget annexe au budget du territoire, spécialement destiné à la maladie du sommeil. Le Haut-commissaire était l'ordonnateur dudit budget, établi chaque année avec l'accord du chef de la mission. Mais ce budget ne fut jamais autonome. Le Commissaire Marchand décida de faire du budget de la mission permanente de la maladie du sommeil un chapitre du budget de l'assistance médicale aux indigènes plutôt qu'un budget autonome (Gomart-Jacquet, 1995). La mission fut dotée de 3.659.628frs en 1927 et de 5 192 636frs en 1928. Cependant, il apparut rapidement que les moyens étaient encore insuffisants. Les prévisions de Jamot et de ses collaborateurs pour 1929 se chiffraient à 7 500 000frs. Le commissaire inscrivit dans son budget la somme de 5 100 000frs et demanda à la métropole une subvention de 3 000 000 de francs qui fut votée par le parlement en 1930. Grâce à cette somme supplémentaire, le budget de la mission atteignit son maximum : 8 314 212frs. Cette subvention permit de renforcer les effectifs de la mission : 18 médecins, 36 agents sanitaires européens, 400 infirmiers indigènes (Montestruc, 1955 ; Jamot, 1932).

## II- LA MISSION A L'OEUVRE

La mission de prophylaxie se donna comme but principal de déterminer aussi exactement que possible l'étendue et la gravité du fléau. Huit équipes de prospection<sup>55</sup> dirigées par des médecins se mirent au travail à la fin de 1926<sup>56</sup>. Montestruc (1955 ; 1970) a déjà décrit avec beaucoup d'humour la journée de travail d'une équipe de prophylaxie de la maladie du sommeil.

---

<sup>54</sup> L'arrêté local du 12 août 1926 allouait une indemnité de risque aux personnels civils et militaires en service dans les secteurs de prophylaxie de la maladie du sommeil.

<sup>55</sup> Sept secteurs de prophylaxie : le secteur d'Ayos avec les subdivisions d'Akonolinga, de Nanga-Eboko, le secteur de Yaoundé avec la subdivision de Yaoundé, le secteur de Bertoua avec les subdivisions de Bertoua, de Deng-Deng et de Batouri, le secteur de Bafia avec la subdivision de Bafia et les zones contaminées des subdivisions de Ndikinimeki, le secteur de Sangmélima avec les subdivisions de Sangmélima, de Djoum et les parties contaminées de celle d'Ebolowa. Le secteur de Logone-Chari avec la subdivision de Fort-Foureau, Fichier santé, IAC2691, Archives Nationales de Yaoundé.

<sup>56</sup> Ce délai entre la date de création de la mission et le début effectif des activités de prophylaxie était justifié par les nécessités de formation. Il fallait instruire tout le personnel et surtout les indigènes aux techniques de prospection, de dépistage et de traitement de la maladie.



Nous reprenons cette description parce qu'elle permet de se rendre compte de l'intensité du labeur et de la stratégie de travail des équipes.

## 1- La journée de travail d'une « équipe Jamot »

« *Le soleil n'est pas encore levé ..., qu'un coup de sifflet strident interrompt le silence régnant sur le village encore endormi* » (Montestruc, 1955 : 9 ; 1970 : 64). C'est le chef d'équipe qui sonne le réveil des infirmiers et, peu de temps après, le tam-tam appelle la population à la visite médicale. Bientôt les habitants du village, les yeux encore bouffis de sommeil, s'assemblent sur la place du village, puis sont groupés par sexe et par âge. L'écrivain interprète inscrit, sur un papier manifold, le nom de tous les habitants et, en face de chaque nom, un numéro d'ordre. Pendant ce temps, le médecin s'occupe d'assistance médicale indigène, procédant à la vaccination variolique et enregistre, pour établir la nosologie du pays, les maladies apparentes. Ensuite, en file indienne, les indigènes prennent la direction du laboratoire, « *mot peut-être présomptueux pour désigner quelques hangars sous lesquels l'équipe travaille* » (Montestruc, Idem : 9 ; 65). On a au centre un hangar très grand ; dans ce hangar central se tiennent : le chef d'équipe, l'infirmier chargé des ponctions ganglionnaires, ceux chargés des prises de sang et des colorations sur lames de ce sang, les « microscopistes ». D'un côté de ce hangar central, se trouvent le hangar écrivains-interprètes et de l'autre côté stérilisations et traitements. Derrière tous ces hangars et au centre géométrique, se trouve le poste du médecin. « *Cette installation se retrouvait exactement dans tous les villages visités, de sorte qu'on avait l'impression de rester toujours sur place* » (Montestruc, Ibid.).

Le triage des suspects s'effectue en recherchant les ganglions cervicaux ou en tenant compte des signes cliniques de la maladie tels que l'anémie, l'amaigrissement, la bouffissure des paupières, etc. Les suspects sont inscrits sur un registre à double feuille, dont on détache la feuille mobile qui est envoyée au chef de laboratoire, qui appelle les malades et les envoie à l'examen. Le suc recueilli par la ponction du ganglion est disposé sur une lame, cette lame remise à un observateur microscopique et le sujet, accroupi derrière cet observateur, attend le verdict de l'examen. Lorsqu'il n'existe pas de ganglions cervicaux, soit que ces ganglions ne peuvent pas être ponctionnés, soit que l'examen du suc ganglionnaire ne révèle aucun trypanosome, il est procédé à une prise de sang en goutte épaisse. Ce sang est coloré et les lames distribuées aux observateurs. Mais l'examen microscopique ne sera pratiqué qu'après celui des ponctions ganglionnaires. Pendant ce temps, tout en allant de temps en temps vérifier le diagnostic microscopique des examinateurs, le médecin poursuit dans son hangar sa consultation médicale. C'est ainsi que tous les porteurs de lésions

syphilitiques, pianiques, lépreuses étaient également recensés, une fiche et un dossier médical constitués pour chacun des malades qui seraient ensuite soignés par l'équipe de traitement au même titre que les sommeilleux.

A cette action purement médicale s'ajoutait une action administrative extrêmement importante. « ...*Jamais recensement ne fut mieux pratiqué que par les équipes Jamot et ce recensement se montra souvent fort éloigné du recensement administratif .... Jamais aussi carte géographique de ces régions ne fut mieux établie. .... Aussi, par la suite, certains des médecins de la mission furent-ils intérimaires de chefs de subdivisions manquant de titulaire. Et ceux-là apprirent à faire des routes, des bâtiments, à rendre la justice, à récolter l'impôt* » (Montestruc, 1955 : 10 ; 1970 : 66).

Midi arrive et il n'est pas besoin de montre pour le savoir. Un court piquet planté verticalement dans le sol est surveillé par le chef d'équipe ; lorsque l'ombre projetée devient moins longue, un coup de sifflet signale le milieu du jour. Après un court repos, les examens de sang se poursuivent, pendant que le médecin aidé de l'écrivain-interprète recueille du chef de village et des notables les renseignements permettant un bilan démographique du village. Le dossier sanitaire est ainsi établi et on n'oublie pas les points où les femmes vont chercher de l'eau. « *C'est en effet le long des galeries forestières des marigots que vivent les glossines, tsé-tsé, qui transmettent la maladie du sommeil et le débroussaillage de ces points constitue la prophylaxie biologique qui vient compléter la prophylaxie médicale* » (Montestruc, Idem : 11 ; 67).

Bientôt, remue-ménage : les examens microscopiques se terminent ; les malades sont nominativement appelés, affection par affection, alignés par sexe et par âge, afin de rendre plus facile l'administration du médicament spécifique. La dose thérapeutique de ce médicament est inscrite à la craie blanche sur la poitrine de chacun. Ils passent alors à l'équipe de traitement. Deux écrivains-interprètes établissent les fiches sanitaires individuelles dont un double est conservé au laboratoire et qui comprennent le nom, l'âge approximatif, le résultat de l'examen et le traitement, tandis que l'original est conservé aux archives pour être remis au chef de l'équipe de traitement, qui dans quelques jours et périodiquement parcourra la région contaminée pour continuer la thérapeutique. Un double de la fiche médicale est également remis au malade.

Enfin, « *un coup de sifflet joyeux* » : c'est la fin de la journée de travail. Avec des gloussements de joie, chacun regagne sa case. Mais bien vite, métamorphose. La grande place du village est transformée en terrain de football. « *Il est facile de former deux équipes parmi la trentaine d'auxiliaires de la formation médicale et tous les jours on trouve une*

*combinaison nouvelle : microscopes contre le reste de l'équipe, catholiques contre protestants, titulaires contre stagiaires, natifs du Nord contre natifs du Sud, mariés contre célibataires, etc... » (Montestruc, 1955 : 11 ; 1970 : 67). Puis, la nuit arrive et « c'est l'heure nostalgique, celle où la solitude pèse le plus... Demain sera absolument semblable à aujourd'hui, jusqu'à ce que la région entièrement prospectée, l'équipe rentre au centre d'Ayos, pour repartir bientôt vers une autre région » (Montestruc, Idem : 11-12 ; 67-68). Après deux années de travail ininterrompu, la Mission pouvait établir le bilan de la situation et dresser une carte de la maladie du sommeil au Cameroun.*

## **2- La répartition de la maladie**

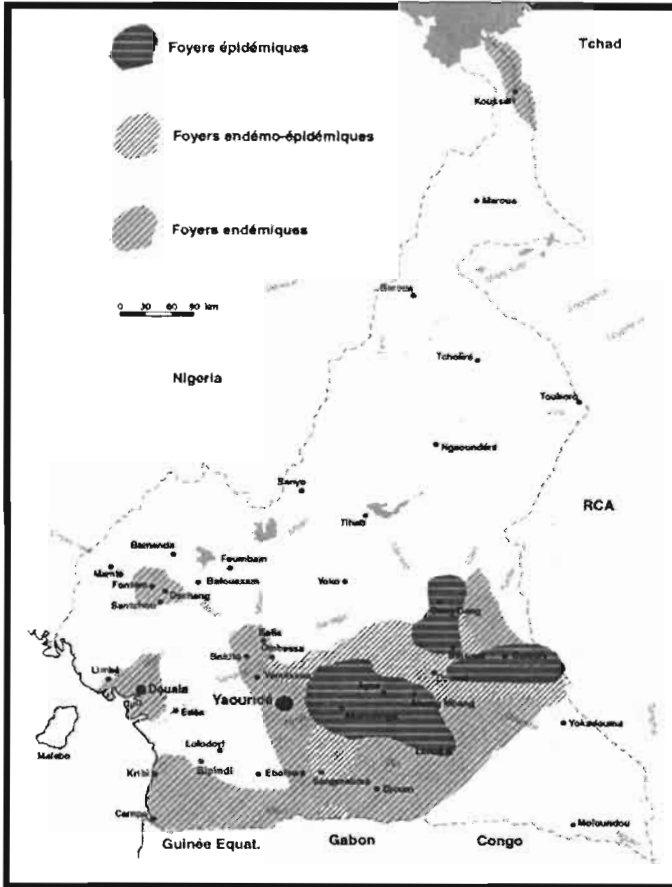
La zone contaminée s'étendait sur le Nyong, le Dja, la Doumé, la Kadéï et la Sanaga. Elle comptait une population de près de 80 000 habitants (Bebey-Eyidi, 1950 ; Jamot, 1929). Elle pouvait se subdiviser en zones épidémiques où les indices de morbidité étaient partout supérieurs à 15%, en zones endémo-épidémiques où ils étaient tantôt supérieurs et tantôt inférieurs à 15%, enfin en zone endémiques où ils étaient inférieurs à 15% (Jamot, 1932).

Les zones épidémiques comprenaient trois foyers principaux : le foyer du Nyong, première zone épidémique « *d'une rare violence* » (Jamot, Idem), comptait une population d'environ 160 000 habitants. A la fin de l'année 1928, environ 144 000 avaient été visités et parmi eux, 46%, avaient été reconnus trypanosomés. La subdivision d'Abong-Mbang était particulièrement éprouvée ; la maladie touchait environ 2/3 de la population. Dans certaines tribus de la subdivision d'Akonolinga, les taux moyen d'infection étaient 75-77% (Bebey-Eyidi, 1950 ; Jamot, 1932). Deux autres foyers épidémiques moins violents sévissaient l'un dans la région de Bertoua et de Deng-Deng, l'autre sur la Kadéï et la Doumé. Le taux moyen d'infection y était de 38%. Dans l'ensemble de ces trois foyers, 194 889 individus, sur une population de 211 148 habitants, avaient été examinés et 82 583 reconnus trypanosomés, soit 43,2% de la population (Bebey-Eyidi, 1950 ; Jamot, 1929 ; 1932).

Dans les zones endémo-épidémiques, sur 174 007 habitants recensés, 160 506 avaient été examinés et 23 319 reconnus trypanosomés, soit 14,5%. Quant aux zones d'endémie, sur une population de 213 541 habitants examinés, 2086 trypanosomés avaient été identifiés, soit moins d'un malade pour 100 habitants. Très souvent, ces malades étaient des étrangers provenant des régions contaminées. La délimitation exacte de

l'extension de l'épidémie constituait la première partie du programme de la Mission de prophylaxie : « *reconnaissance approfondie de l'ennemi* »<sup>57</sup> (Jamot, 1932 : 486). La mission devait passer à la deuxième partie de son programme : maîtriser les foyers et empêcher leur extension.

**Carte 4 : La répartition de la maladie**



Source : [www.sleeping-sickness.com](http://www.sleeping-sickness.com)

<sup>57</sup> Penchenier (1996) notera avec raison que lorsqu'il dresse ce bilan de la situation en 1929, Jamot ne cite que les foyers du Centre, de l'Est et du Sud-Est et pourtant les foyers côtiers notamment ceux de la plaine de Mbo, de Campo et du Wouri ont toujours donné des malades. Dans la carte qu'il dresse de la situation en 1932, Jamot hachurera ces régions. On se demande alors les raisons de cette focalisation extrême sur les régions du Centre, de l'Est et du Sud-Est. On pourrait attribuer cela au fait que cette région ait été le siège du foyer le plus virulent de l'époque, mais le fait demeure que les regards ont été orientés sur le Haut-Nyong et l'action également. Du coup, la victoire sur la maladie du sommeil pourrait être considérée comme une victoire sur le principal foyer épidémique du Cameroun.

### 3- Le réveil d'une race

Dès le démarrage des activités de la mission, Jamot avait dit : « *j'inonderai le pays d'atoxyl* » (Montestruc, 1955 : 3 ; 1970 : 68). Depuis l'expérience de l'Oubangui-Chari, le moranyl, l'orsanine avaient été ajoutés à la liste des antitrypaniques et Louise Pearce venait de découvrir un autre produit : le tryparsamide. Alors que l'atoxyl détruisait rapidement le trypanosome dans le sang mais ne pouvait franchir la barrière méningée et par conséquent atteindre le trypanosome dans les centres nerveux, le tryparsamide était doué d'un pouvoir de pénétration méningée « *qui permettait des résurrections spectaculaires* » (Montestruc, *Idem* : 13 ; 68). Toutefois, jusqu'au milieu de 1927, le tryparsamide ne fut employé que pour les grands malades traités dans les hypnoseries. En juin 1927, l'équipe se trouvait dans la subdivision d'Abong-Mbang, en présence de populations extrêmement contaminées, chez lesquelles l'atoxyl avait épuisé son action. Il fut alors prescrit pour chaque malade 10 injections de tryparsamide et « *la mortalité fut arrêtée comme par enchantement* » (Jamot, 1932 : 490). Dès lors, il devenait inutile de séparer les malades en deux groupes pour le traitement : le premier comprenant ceux dits à la première période qui recevaient l'atoxyl, le second comprenant ceux dits à la deuxième période (période nerveuse) qui recevaient le tryparsamide. Il fut décidé d'administrer le nouveau médicament à tous les malades. En 1929, aux premières reprospection dans les régions les plus contaminées, le nombre de nouveaux malades ne dépassait pas 3% et le virus en circulation, c'est-à-dire le nombre de nouveaux malades ajouté à celui des anciens non stérilisés, ne dépassait pas 4%. Par la suite, ces chiffres devaient encore baisser. Un phénomène encore plus réconfortant était l'inversion du mouvement démographique : les décès ne l'emportaient plus sur les naissances ; ainsi se trouvait arrêtée la diminution de la population. C'était le « *réveil d'une race, qui allait périr...* » (Montestruc, *Ibid.* : 14 ; 69). Le 7 février 1931, Paul Reynaud, ministre des Colonies, estimant la situation suffisamment améliorée, supprima la Mission et lui substitua un service de prophylaxie de la maladie du sommeil.<sup>58</sup> « *Le nouvel organisme, dont le centre fut laissé à*

---

<sup>58</sup> Le service de prophylaxie de la maladie du sommeil était destiné, dans les régions où la trypanosomiase s'avérait menaçante, à seconder l'action des organismes de circonscription ou si la nécessité l'exigeait à se substituer à eux pour tout ce qui regardait la prophylaxie et le traitement de cette maladie. Il était placé sous l'autorité immédiate du Directeur du Service de Santé qui dressait chaque année un plan de campagne concernant cette maladie. Le service était composé de cinq équipes de prospection constituées d'un médecin chef d'équipe, de 20 infirmiers dont une dizaine de microscopistes, des équipes de traitement au nombre minimum de 15, constituées d'un agent sanitaire et de trois infirmiers. Ces équipes avaient leur résidence nominale au centre d'instruction d'Ayos, d'où elles étaient mises en route sur ordre du

*Ayos, en plein foyer épidémique, comporta cinq équipes de prospection, ... L'organisation générale, qui avait brillamment fait ses preuves, fut ... entièrement respectée et mise simplement en accord avec des possibilités budgétaires amoindries* » (Ledentu, 1934 :174).

### III- APRES LA MISSION

#### 1- La maladie du sommeil

Dressant le bilan de la situation à partir des prospections qui de 1931 à 1934 ont revu la totalité des régions contaminées, Ledentu (1934) note une régression parfois rapide, parfois apparemment spontanée de la maladie dans la plupart des zones d'extension et une légère reviviscence dans les anciens foyers. « *Les gains sont considérables, mais la lutte n'est pas finie... Dans les zones autrefois endémo-épidémiques, les gains sont considérables. Quant aux zones épidémiques, il y persiste encore quelques villages dont les indices de virus circulant sont relativement élevés mais on a l'impression que la trypanosomiase « ne tient pas » dans ces régions et que l'action thérapeutique en aura facilement raison d'ici peu. Par contre dans les foyers du Haut-Nyong et du cours supérieur du Dja, la maladie délogée de ses conquêtes, se réfugie, se cramponne et même contre-attaque* ». Le centre de cette résistance était la circonscription d'Abong-Mbang (Ledentu, Idem : 210). En 1938, Pierre Achard, à la suite de son « *voyage médical en Afrique noire* », <sup>59</sup> remarque que la trypanosomiase n'existe plus qu'à l'état de quelques petits foyers mal éteints (Abong-Mbang, Obala).

Jusqu'en septembre 1939, cinq équipes seront de service. Mais à cause de la guerre et en raison de la mobilisation causée par celle-ci, les activités de dépistage seront suspendues et ne reprendront qu'à la fin de l'année avec quatre équipes de prospection, l'une d'elles séjournant en permanence dans le Haut-Nyong. Le commandement de la région sera d'ailleurs confié à un médecin, assisté pour les fonctions administratives de trois autres confrères, faisant du Haut-Nyong une « *région médicale* ». « *Il y a là un indice qui montre tout l'intérêt porté par l'administration au mieux être de l'indigène* ». <sup>60</sup> Les résultats obtenus en 1939 sont nettement en progrès

---

directeur du service de santé. Arrêté portant modification au service de prophylaxie de la maladie du sommeil au Cameroun, Fichier santé, 3AC1457, Archives Nationales de Yaoundé.

<sup>59</sup> « Voyage médical en Afrique noire (Congo Belge, AEF, Cameroun) » Académie de médecine, séance du 6 décembre 1938, Archives de l'Institut Pasteur de Paris. BPT.D14.

<sup>60</sup> Commission de la maladie du sommeil. Séance du 28 mai 1941. Compte rendu de la lutte contre la trypanosomiase AOF-Togo (1939)-1er semestre 1940. Cameroun (1939), Archives de l'Institut Pasteur de Paris, BPT. Mal.Som. 1.

comme le montre le tableau suivant, qui présente l'indice du virus en circulation dans les régions prospectées de 1935 à 1939.

**Tableau 1 : « Indice de virus en circulation »  
dans les régions prospectées<sup>61</sup>**

Régions	1935	1936	1937	1938	1939
Nyong et Sanaga	0,5%	0.44%	0.42%	0.33%	0.22%
Haut-Nyong	2.6%	1.10%	1.68%	0.75%	0.66%
Mbam	0.8%	0.58%	0.31%	1.5%	0.20%
Mungo	1.9%		0.62%	1.5%	0.18%
Bamiléké	1.6%	2.1%	0.62%	2.81%	0.91%
Bamoun					
Adamaoua	2.1%		0.61%	0.37%	0.58%
index général	0.8%	0.56	0.68%	0.82%	0.43%

La prospection de 1939 mit en évidence un retour de l'endémie à un taux rassurant<sup>62</sup> et, en 1942, le médecin Vaucel écrivait : « *La maladie du sommeil est contenue. Ses réveils ou ses reviviscences, rapidement contrôlés par une prospection toujours active, peuvent être jugulés sans trop de dégâts, mais l'affection n'est pas éteinte, et elle ne le sera pas par les seuls moyens actuels* ». <sup>63</sup> Le Dr Vaucel estimait que la lutte contre la trypanosomiose au Cameroun était restée cantonnée dans la chimiothérapie en vue de faire disparaître le réservoir de virus. Il reconnaissait que cette seule méthode prophylactique ne pouvait suffire à « *déraciner* » la maladie du sommeil et insistait sur le renforcement des mesures administratives, les passeports sanitaires, le contrôle de la main-d'œuvre et des déplacements des sommeilleux. Il soulignait aussi que les essais de prophylaxie agronomique avaient été jusque-là insuffisants et inscrivait en première ligne du programme de prophylaxie des années à venir l'œuvre agronomique comme complément de l'action médicale. Je rappelle que ces défaillances de la prophylaxie administrative, qui relevait essentiellement de l'administration,

<sup>61</sup> Commission de la maladie du sommeil. Séance du 28 mai 1941. Compte rendu de la lutte contre la trypanosomiose AOF-Togo (1939)-1er semestre 1940. Cameroun (1939), Archives de l'Institut Pasteur de Paris, BPT. Mal.Som. 1.

<sup>62</sup> Au total, sur 700 583 indigènes examinés on avait décelé 2 473 trypanosomés ; l'indice de contamination nouvelle était de 0,40 contre 0,63 en 1938. Parmi 94 403 anciens malades 1 443 avaient été trouvés parasités. Le total des porteurs de germe était donc de 3 916 et l'indice de virus en circulation de 0,55 pour l'ensemble du territoire contre 0,76 en 1938.

<sup>63</sup> Cité par Penchenier, 1996, P. 31.

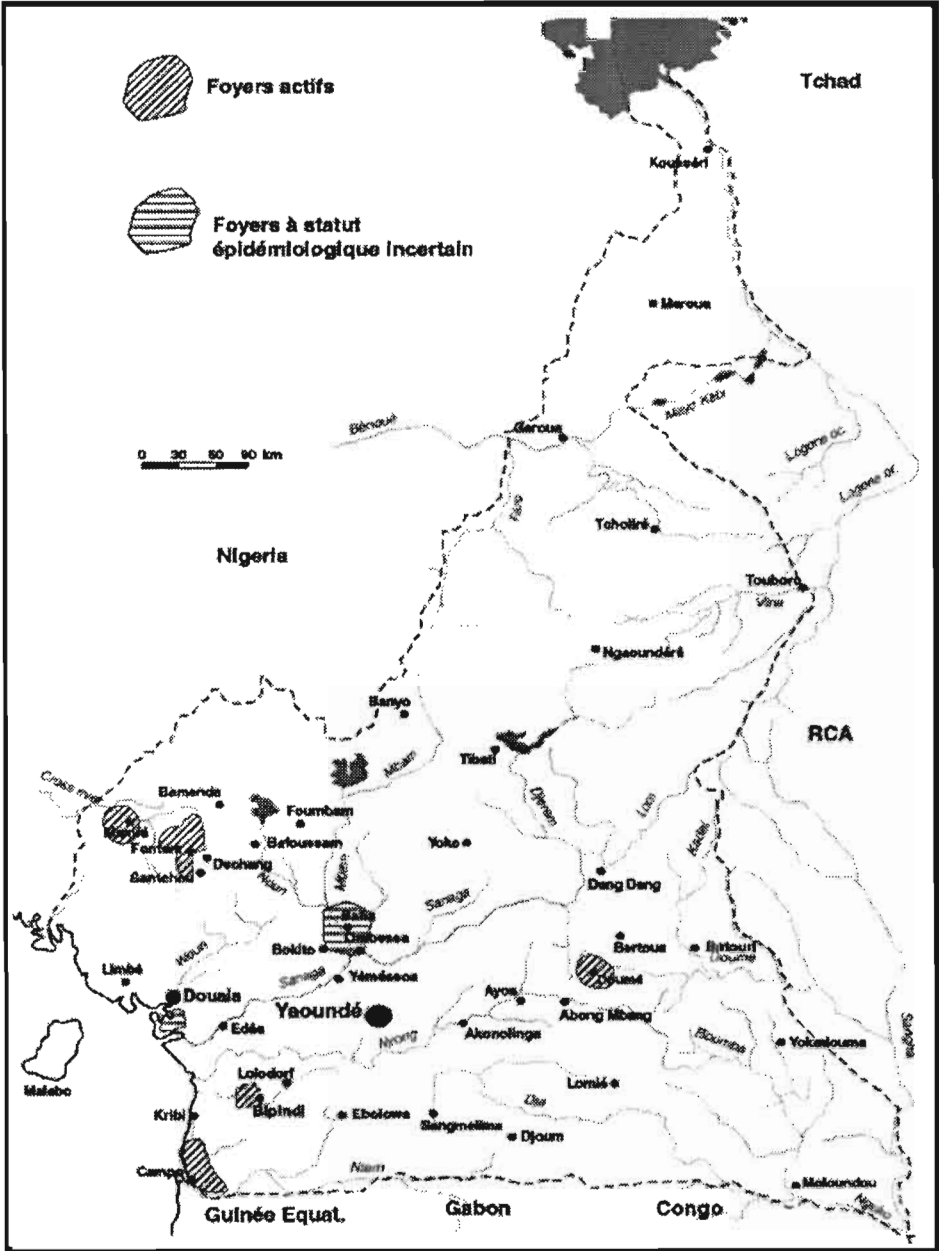
avaient été remarquées depuis les « années Jamot ». De 1942 à 1963, date de la création de l'OCEAC (je vais y revenir), il n'existe aucun rapport d'ensemble sur l'endémie trypanosomique au Cameroun. Lors de la première conférence technique de l'OCEAC en décembre 1965, Dutertre reprend les données nationales de 1961 à 1964, qui montrent que la maladie a régressé partout au point qu'on peut la considérer comme en voie d'extinction. En effet, en 1961, seuls 80 nouveaux trypanosomés sont dépistés. Ils sont 38 en 1962 et 16 en 1963. En 1964 on dépiste 83 cas. Mais à partir de 1967, le nombre de malades se remet à grimper. On compte 425 malades en 1968, 500 en 1976 et 1.000 en 1982. En 1987 on compte 369 malades. Depuis cette année, il n'y a plus eu de données d'ensemble sur la situation. On sait cependant que la maladie persiste sur la côte, dans l'Ouest et, entre 1998 et 1999, 44 nouveaux malades seront découverts à Bipindi, une zone où il n'y avait jamais eu d'explosion épidémique. En 2001, aucune surveillance n'était encore mise sur pied (Penchenier, 1996).

Il existe actuellement 5 foyers actifs au Cameroun : Bipindi et Campo dans la province du Sud, Fontem et Mamfé dans la province du Sud-Ouest, Doumé dans la province de l'Est. Cependant, le risque demeure dans certaines régions comme Bafia, Yokadouma et Douala dont les caractéristiques climatiques et phytomorphologiques offrent les conditions favorables à la pullulation des glossines, vecteurs de la THA. Les différentes enquêtes entomologiques réalisées depuis 1970 dans l'ensemble des foyers, réactualisées ces dernières années par l'OCEAC, font noter la prédominance de *Glossina palpalis* comme principal responsable de la transmission. Un Programme National de Lutte contre la Trypanosomiose Humaine Africaine (PNLTHA) a été mis sur pied à la fin des années 90. Son objectif est de réduire l'incidence annuelle à moins d'un cas pour 10.000 habitants dans tous les foyers. Le programme soutenu par l'OMS fonctionne avec très peu de moyens. En terme de ressources humaines, il dispose d'une équipe mobile dite centrale, formée de trois techniciens dont : un technicien supérieur en santé publique à charge permanente de la coordination des activités et deux techniciens de laboratoire et de génie sanitaire à temps partiel, mobilisables uniquement pendant les descentes sur le terrain. Au niveau périphérique, le programme s'appuie sur les équipes des districts de santé concernés. En ce qui concerne les ressources matérielles, une dotation de l'OMS avait permis à l'équipe de constituer son laboratoire mobile. Toujours sur un financement de l'OMS, une voiture avait été achetée au programme qui a malheureusement été volée. Pour ce qui est des ressources financières, de 1998 à 2001, le programme a fonctionné grâce à l'appui des projets de recherche de l'OCEAC. Depuis 2002, l'OMS apporte un appui financier pour les prospections médicales et fournit gratuitement les réactifs ainsi que les médicaments. « Toutefois au cours de l'exercice budgétaire 2005, il a



bénéficié d'une dotation de 17.500.000frs CFA dans le cadre du Budget d'Investissement Public (BIP) mobilisable pour le renforcement des capacités techniques des formations sanitaires implantées dans les foyers...Toute la problématique du PNLTHA repose sur l'absence de financement » (PNLTHA, 2005 : 2). Pour atteindre son objectif, il utilise trois stratégies : l'organisation des campagnes de dépistage, l'organisation des campagnes de lutte anti-glossine dans les foyers déclarés, la surveillance épidémiologique. Les stratégies de lutte et de surveillance sont basées sur le dépistage actif : des prospections médicales sont menées par l'équipe mobile selon une périodicité qui devrait être d'une visite par foyer et par an. Le dépistage passif, lui, est assuré quotidiennement par les formations sanitaires implantées dans les districts de santé endémiques. Dans la prise en charge thérapeutique des cas, les médicaments spécifiques et les réactifs sont fournis gratuitement par l'OMS alors que les accessoires de traitement sont payés par le budget de l'Etat. La lutte antivectorielle devrait être une activité complémentaire de la prise en charge des cas ; toutefois, en l'absence actuelle d'un budget approprié, cette activité est suspendue. En 2003, le programme national de lutte contre la THA a examiné 11 285 personnes, diagnostiqué et traité 33 malades. En 2002, ces chiffres étaient respectivement de 13 916 et 32. Si on estime à environ 65 000 habitants la population totale à risque, le taux de couverture est donc de 35 à 45% (PNLTHA, 2005).

Carte 5 : Situation présumée de la Trypanosomiase Humaine au Cameroun en 1996



Source : Penchenier, 1996

Ce succès contre la maladie du sommeil indique que le colonisateur français était parvenu à mettre sur pied un réseau de formations sanitaires et un système de santé efficace. Au Cameroun, un décret de 1932 réorganise le service de santé. Il sera suivi par d'autres textes le modifiant ou le complétant.<sup>64</sup>

## 2- La structure du service de santé

Le service de santé était organisé autour d'un niveau central et d'organismes de circonscriptions. Relevaient du niveau central l'institut d'hygiène et de microbiologie du territoire, la pharmacie centrale d'approvisionnement, l'inspection sanitaire du travail, le service général d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP), le centre d'instruction d'Ayos, les établissements hospitaliers centraux et les bases sanitaires aériennes.

- *L'institut d'hygiène et de microbiologie du territoire*

Basé à Douala, il avait dans ses attributions la prophylaxie des maladies épidémiques, l'hygiène sociale, toutes les questions microbiologiques, l'hygiène de la ville de Douala. Tous les cas de maladies contagieuses étaient obligatoirement déclarés au bureau d'hygiène par les médecins en service dans la circonscription et dans les circonscriptions voisines. Il était chargé d'assurer l'isolement et la désinfection des foyers de contagion et prenait, d'une façon générale, toutes les mesures qu'imposait la situation. Il était également chargé de la destruction des animaux vecteurs de maladies pestilentielles, action assurée au moyen des brigades d'hygiène, munies d'un petit matériel permettant de faire disparaître immédiatement les petits gîtes à larves découverts dans les habitations visitées. La surveillance des eaux d'alimentation de la ville (captation et contrôle bactériologique), la visite du bétail sur pied, la surveillance des abattoirs et marchés étaient également de son ressort. Aucun édifice public ou privé, aucune habitation européenne,

---

<sup>64</sup> Voir *Journal Officiel du Cameroun*, numéro 302-15 décembre 1932, Arrêté réglementant l'organisation du système de santé au Cameroun. Arrêté du 7 février 1938, réglementant l'organisation et le fonctionnement du service de santé au Cameroun, arrêté du 15 juin 1944 modifiant et complétant l'arrêté sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé au Cameroun du 7 février 1938 en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement administratif des établissements hospitaliers centraux du Cameroun. Arrêté N° 2778 du 19 mai 1952, modifiant et complétant l'arrêté du 7 février 1938 et les arrêtés subséquents concernant l'organisation et le fonctionnement du service de santé au Cameroun. Voir en annexes quelques textes publiés dans les territoires du Cameroun, relatifs à la protection de la santé et à l'hygiène publique (1902-1955).

aucun entrepôt, hangar à vivres ou magasin même indigène, ne pouvait être construit sans que l'emplacement et les plans aient été soumis au service d'hygiène. De même, l'emplacement des villages à construire et la disposition à leur donner ne pouvaient être fixés sans avis préalable du service d'hygiène. La lutte contre les maladies sociales (syphilis, lèpre, tuberculose) était assurée au moyen de laboratoires pour le dépistage et le contrôle du traitement, de l'inspection médicale des écoles et d'un personnel spécialisé : les infirmières visiteuses d'hygiène qui assuraient la liaison entre l'institut d'hygiène, les dispensaires et les familles indigènes.

- *L'inspection sanitaire du travail*

Elle avait pour mission de surveiller dans toutes les exploitations publiques et privées la stricte exécution des prescriptions sanitaires et médicales, en portant tout particulièrement son attention sur la salubrité des habitations, l'hygiène de l'alimentation, du couchage etc. Le médecin inspecteur du travail passait la visite des travailleurs, visitait les infirmeries, contrôlait l'approvisionnement pharmaceutique, donnait les conseils nécessaires pour le traitement des malades et, lorsque leur état l'exigeait, les faisait évacuer sur les formations sanitaires de l'AMI.

- *La pharmacie et le magasin d'approvisionnement*

Le système de santé disposait à Douala d'une pharmacie centrale d'approvisionnement et d'un magasin central d'approvisionnement et, à Yaoundé, d'une annexe de la pharmacie centrale. La pharmacie centrale était destinée à fournir au service de santé tout ce dont il pouvait avoir besoin en médicaments, pansements, matériel de chirurgie et de laboratoire. Sa gestion était confiée à un pharmacien relevant directement du directeur du service de santé. Le magasin central était, quant à lui, destiné à fournir au service de santé tout le matériel hospitalier et les fournitures de bureau dont il avait besoin. Sa gestion était assurée par un officier d'administration du corps de santé des troupes coloniales ou un sous-officier de la section des infirmiers coloniaux.

- *Le service d'hygiène mobile et de prophylaxie*<sup>65</sup>

Dirigé par un médecin du corps de santé des troupes coloniales désigné par le ministre de la France d'Outre-mer, il était principalement chargé d'intensifier la lutte contre les grandes endémies, les maladies sociales et les épidémies par le dépistage systématique des malades et la prophylaxie de ces affections au sein des collectivités indigènes. Les équipes médicales mobiles opéraient dans les zones d'action fixées par un plan de campagne, participant aux vaccinations, à la lutte contre les foyers épidémiques, établissant la géographie médicale de leurs zones d'action et constituant le dossier sanitaire de chaque village prospecté. Au cours de leurs tournées, elles donnaient accessoirement des consultations de médecine générale et évacuaient vers les formations sanitaires les malades dont l'état exigeait un traitement hospitalier.

- *Les établissements hospitaliers centraux*<sup>66</sup>

Nul n'y était admis sans un billet d'entrée régulièrement établi par un médecin.<sup>67</sup> Le malade, muni de son billet, passait par le bureau des entrées où son inscription était faite immédiatement sur le registre des entrées. Une feuille clinique était établie pour chaque malade et régulièrement tenue à jour. A la sortie du malade, elle était conservée aux archives. Tous les jours, le médecin-chef passait la visite des malades hospitalisés. Les régimes alimentaires et les prescriptions pharmaceutiques pour la journée étaient

---

<sup>65</sup> Survivance du Service Général Autonome de prophylaxie et de traitement de la maladie du sommeil en AOF et au Togo. Créé en 1939, en 1944, il avait rempli sa mission et celle-ci fut étendue aux autres endémies. Le SGAMS, changeant de dénomination, devint : Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie, SGHMP. Le décret du 15 juin 1944 qui institua le SGHMP fut appliqué en AOF le 22 janvier 1945, en AEF le 24 octobre 1945 et au Cameroun le 15 avril 1947. Désormais, le service de santé de la France d'Outre-mer disposait, pour améliorer la santé des populations, d'une organisation statique et d'une organisation mobile. Organisation et fonctionnement du service de santé de la France d'Outre-mer, Archives du Pharo, carton 73.

<sup>66</sup> Jusqu'en 1938, les services hospitaliers centraux sont les formations sanitaires européennes : l'ambulance européenne de Douala et l'infirmerie européenne de Yaoundé qui deviendront en 1944 l'hôpital européen de Douala, l'hôpital mixte de Yaoundé, auxquels s'ajoutera l'hôpital Laquintinie de Douala. Seront admis à l'hôpital mixte de Yaoundé et à l'hôpital européen de Douala les malades européens et assimilés, militaires, fonctionnaires ou particuliers, à l'hôpital mixte de Yaoundé et à l'hôpital Laquintinie de Douala, les malades indigènes payants, les militaires, les fonctionnaires et les bénéficiaires de l'assistance médicale indigène.

<sup>67</sup> Article 69 de l'arrêté réglementant l'organisation du système de santé au Cameroun, *Journal Officiel du Cameroun*, N° 302-15 décembre 1932, Archives Nationales de Yaoundé.

ordonnés lors de cette visite. C'est également à cette occasion que le médecin-chef désignait les malades hospitalisés devant sortir le lendemain matin. En cas de décès, il remplissait une déclaration de décès et établissait un rapport sur les circonstances ayant accompagné la mort qui étaient ensuite envoyés à l'officier d'état civil, au commandant d'armes, au commandant des forces de police, au directeur du service de santé, au chef de circonscription etc., suivant le statut de la personne décédée. L'exécution du service donnait lieu à l'établissement de statistiques, de rapports mensuels et annuels adressés au directeur du service de santé.

Les ambulances, les postes médicaux, les dispensaires, les maternités et les léproseries constituaient les organismes de circonscriptions<sup>68</sup>. Le service de santé était dirigé dans chaque circonscription par un médecin chargé d'assurer et de développer sur le territoire qui lui était confié l'assistance médicale indigène, l'hygiène, la médecine préventive et sociale.

- *Ambulances, postes médicaux, dispensaires et maternités*

Les ambulances indigènes étaient des formations sanitaires d'au moins 100 lits, pourvues d'un bon outillage leur permettant d'assurer dans des conditions aussi parfaites que possible le traitement des malades. Les postes médicaux quant à eux étaient des formations moins importantes (de 20 à 50 lits), assurant l'hospitalisation. Le médecin chef de la circonscription était médecin chef de l'ambulance ou du poste médical situé au chef-lieu de la circonscription. Les postes médicaux non situés dans le chef-lieu de la circonscription étaient dirigés par un médecin sous l'autorité du médecin-chef de la circonscription. Les ambulances et les postes médicaux n'admettaient que les malades indigènes. Dans tous les centres importants, des salles spécialement aménagées étaient réservées aux malades européens en cours d'évacuation ou intransportables. Les admissions avaient lieu sur billet d'hôpital signé par un médecin. Les malades étaient inscrits sur le registre des entrées et des sorties. Leur régime alimentaire était laissé à la disposition des médecins selon les ressources locales et dans la limite des crédits délégués. A la visite du matin, les prescriptions alimentaires et pharmaceutiques étaient portées sur des cahiers spéciaux. Ces pièces servaient de base à la tenue à jour des registres d'alimentation et des

---

<sup>68</sup> Le décret du 7 février 1938 ajoute aux institutions de circonscription les hôpitaux indigènes : organismes constitués des établissements dont la capacité hospitalière est supérieure à 150 lits et qui sont dotés de moyens d'investigation et de traitement modernes, permettant d'assurer dans des conditions aussi parfaites que possible le traitement des malades. Arrêté du 7 février 1938, réglementant l'organisation et le fonctionnement du service de santé au Cameroun, Archives Nationales de Yaoundé.

médicaments en cours de consommation. Le médecin désignait à la visite du matin les malades devant partir le lendemain.

Les dispensaires étaient des centres de consultations externes délivrant gratuitement médicaments et pansements. Le service était assuré soit par des médecins, soit par des aides de santé, soit par des assistants sanitaires ou, à défaut, par de bons infirmiers du cadre local. En principe, les dispensaires n'hospitalisaient aucun malade. Toutefois, dans les dispensaires éloignés des ambulances ou des postes médicaux, il pouvait être prévu une pièce de 3 ou 4 lits pour recevoir les malades graves, en instance d'évacuation sur une formation sanitaire, ou les malades suspects d'affection contagieuse et mis en observation.

Constituées de bâtiments spécialement aménagés pour l'hospitalisation en vue des accouchements, les maternités étaient rattachées aux ambulances et aux postes médicaux. Les consultations prénatales et les consultations des nourrissons y étaient en principe données.

- *Léproseries et hypnoseries*

Les léproseries étaient conçues sur le type de la colonie agricole. Les soins médicaux y étaient assurés par le médecin de la formation sanitaire la plus proche qui effectuait à la léproserie des visites régulières et fréquentes. Les colonies agricoles fonctionnaient comme les villages ordinaires sous l'autorité de l'administration locale chargée d'en assurer la police et l'isolement. Toutes les personnes chez qui le diagnostic clinique avait été confirmé par la mise en évidence du bacille de Hansen étaient obligatoirement envoyées dans les léproseries. Les lépreux confirmés à lésions fermées pouvaient être autorisés à rester chez eux sous réserve de suivre un traitement régulier et contrôlé. Les malades trop éloignés d'une formation sanitaire pour suivre un traitement régulier étaient astreints à la résidence dans un village plus rapproché de leur choix. Les malades contagieux séjournaient à la léproserie jusqu'à cicatrisation de leurs lésions.

Les hypnoseries étaient constituées dans une formation sanitaire par un groupe de cases d'hospitalisation situées en dehors des cases d'hospitalisation générale et spécialement destinées à l'hospitalisation des sommeilleux. Leur but était d'assurer un traitement de suivi aux malades trop éloignés de la formation sanitaire pour pouvoir s'y rendre hebdomadairement, d'assurer en tout temps le traitement des trypanosomés auxquels ne convenait pas le traitement discontinu du circuit du traitement, d'assurer le traitement des trypanosomés dépistés par le service médical de la région en

dehors des prospections et de continuer le traitement des malades envoyés par les circuits ou centres de traitement voisins.

Au fil des ans, le réseau de structures de santé se densifiera et l'effectif du personnel indigène ne cessera de croître. A la fin des années 30, toutes les circonscriptions sont pourvues d'au moins une formation sanitaire et on compte plus de 700 aides de santé, infirmiers, agents sanitaires du cadre local.<sup>69</sup> De 1944 à 1949, le budget réservé à la santé publique sera constamment supérieur aux 10% actuellement recommandés par l'OMS, atteignant même 15% en 1945<sup>70</sup>. La terminologie changera aussi au fil de l'évolution de l'histoire et du contexte politique international. Ainsi à partir des années 40, on ne parle plus d'« hôpitaux indigènes » pour désigner les formations sanitaires de premier niveau en ce qui concerne les organismes de circonscriptions, mais d'hôpitaux de régions ou de subdivisions.

Ces services ont complètement disparu à la suite de réformes successives. Je me souviens cependant, notamment en ce qui concerne le SGHMP, qu'au début des années 80, il passait dans la campagne où vivaient alors mes parents des agents d'hygiène chargés d'inspecter la propreté des habitations ; en cas d'insalubrité, ils appliquaient des amendes aux locataires ou propriétaires. Je me souviens également de ces après-midi consacrés à la prise du traitement préventif contre le paludisme dans mon école élémentaire. Nous étions tenus d'avertir nos parents de l'événement et d'apporter chacun, dans un seau, une cuvette ou une bouteille, de l'eau potable, pour avaler les comprimés qui nous seraient distribués. Même si ces services ont de nos jours complètement disparu, leur souvenir demeure. Les locaux des anciens centres d'hygiène mobile abritent aujourd'hui des centres de santé ou d'autres services du ministère de la Santé. Dans la ville de Yaoundé par exemple, on peut encore indiquer sa destination au chauffeur de taxi en disant « *Hygiène mobile* ». On sera alors déposé devant l'enclos qui abrite les services de la Direction de la Recherche Opérationnelle et Scientifique du Ministère de la Santé Publique (DROS). A Bafoussam, les « *Grandes Endémies* » ont cédé leur place au Centre de Prévention et Dépistage Volontaire du VIH/SIDA (CPDV) et au Centre de Santé Intégré de Djeleng.

---

<sup>69</sup> Voir notamment : Cameroun français, Service de Santé Publique, Rapport annuel année 1949, par le Médecin-Commandant Cresté, Directeur P.I. du Service de Santé Publique, Archives Nationales de Yaoundé. Voir aussi : Tableau synoptique du personnel, Arrêté réglementant l'organisation du système de santé au Cameroun, *Journal Officiel*, N°302, 15 décembre 1932, P.708. Arrêté réglementant l'organisation et le fonctionnement des services de santé au Cameroun, Yaoundé le 7 février 1938, Notice N°II, P.39, Archives Nationales de Yaoundé.

<sup>70</sup> Voir : Cameroun français, Service de Santé Publique, Rapport annuel année 1949, par le Médecin-Commandant Cresté, Directeur P.I. du Service de Santé Publique, Archives Nationales de Yaoundé.



Mais pour s'y rendre, il est de coutume d'indiquer sa destination en disant « *Grandes Endémies* ».

### 3- Crises et nouvelles réformes

La conférence de Brazzaville s'ouvre le 30 janvier 1944 et sera le prélude de la décolonisation. Plus tard, suite à la Loi-cadre de Gaston Defferre (1956) qui élargissait l'autonomie des territoires, les secteurs de prophylaxie seront directement rattachés au service de santé du territoire sur lequel ils étaient implantés. En 1959, les fédérations seront supprimées et le personnel des services des grandes endémies réparti entre les nouveaux Etats.<sup>71</sup> Cependant, concevant la nécessité d'un organisme de coordination technique qui, tout en sauvegardant leur autorité sur leur propre SGHMP, permettrait de grouper toutes les observations et d'en déduire les recommandations résultant d'expériences, les états de l'ex-AOF décideront de la création d'une Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE). Les Etats d'Afrique Centrale suivront en créant eux aussi une Organisation de Coordination pour la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique Centrale (OCGEAC), groupant les anciennes colonies de l'AEF et le Cameroun. Après les indépendances en route dès le milieu des années 50, le personnel du Corps de Santé Colonial relève du ministère de la Coopération pendant encore une dizaine d'années et sera progressivement remplacé par les anciens médecins-auxiliaires et médecins africains ayant complété leur formation de docteur en médecine en France et par les jeunes médecins nationaux formés dans les facultés de médecine qui seront créées au niveau des Etats.<sup>72</sup> Mais dès la fin des années 70, le constat du peu d'efficacité des systèmes de santé africains est manifeste. Les constats « *sont accablants* », pouvait-on lire dans un article intitulé : « l'échec de la médecine occidentale dans le tiers-monde », paru dans *Le Monde* du 8 juin 1978 sous la signature de Claire Brisset. Reprenant les données fournies par Earthscan,<sup>73</sup> Claire Brisset dressait cet aperçu de la situation, constat de l'échec de la médecine occidentale dans le tiers-monde. L'objectif de développement ne pouvant être atteint sans un capital humain en bonne santé, un « *nouvel ordre sanitaire* » s'imposait (Fleury, 1978).

---

<sup>71</sup> Pour le Togo, le Cameroun et Madagascar, les SGHMP ou les groupes mobiles étant déjà territorialisés avant la Loi-Cadre, la question d'un organisme de coordination ne se posait pas.

<sup>72</sup> En 1982, plus de 20 ans après les indépendances, il y a outre-mer autant de médecins et de pharmaciens militaires hors-cadre qu'en 1939 (environ 700). En 2000, il en reste encore une centaine ([www.asnom.org](http://www.asnom.org)).

<sup>73</sup> Organisme d'informations soutenu financièrement par le Fonds des Nations Unies pour l'Environnement et dont le siège est à Londres.

C'est afin de trouver une solution qu'une conférence fut conjointement organisée à Alma-Ata en URSS, par l'UNICEF et l'OMS. C'était le départ d'une nouvelle restructuration des systèmes de santé en Afrique, la deuxième depuis la pénétration française, en ce qui concerne le Cameroun.

Suite à la conférence d'Alma-Ata en septembre 1978, pour répondre à la situation sanitaire devenu catastrophique dans les pays du Sud, l'Assemblée Mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé avait adopté la stratégie des « *soins de santé primaires* », <sup>74</sup> soins acceptables, dispensés à un coût abordable avec la participation de la communauté, avec comme objectif global la « *santé pour tous en l'an 2000* », fixé par l'OMS en 1977. Cette nouvelle stratégie officialisait l'importance de l'engagement des « *communautés* » en vue de l'amélioration de l'état de leur santé. Au modèle initial de l'Etat providentiel assurant la protection de la population par une offre de soins gratuits, on répondait désormais par la politique des soins de santé primaires mettant l'accent sur la prévention et la participation communautaire (Gruénais, 2001). Si les idées n'étaient pas nouvelles, la nouveauté, notent Van Lerberghe & De Brouwere (2000 : 182), résidait dans la reconnaissance que ces options recevaient de l'ensemble de la communauté internationale : « *on ne pouvait plus parler de politique de santé en Afrique sans faire référence aux Soins de Santé Primaires (SSP) et à Alma-Ata* » (Lerberghe & De Brouwere, Idem : 182).

En dépit de quelques expériences heureuses et surtout d'une impulsion quant à un renouvellement de la réflexion en santé publique, les soins de santé primaires n'eurent pas les résultats escomptés. Avec la crise économique des années 80, les Etats africains étaient dépourvus de moyens pour mettre cette politique en œuvre : la prévention coûte cher et, contrairement à la vente des médicaments ou aux consultations, elle n'est pas susceptible de produire des recettes. Par ailleurs, on avait fini par se rendre compte que les « *communautés* » ne s'engagent pas spontanément pour la promotion de la santé en tant que bien commun (Gruénais, Idem). « ... *La faible performance du modèle populiste des soins de santé primaires n'a pas permis de pallier la faillite de systèmes de santé d'Etats qui étaient d'autant moins capables d'assurer cette fonction protectrice qu'ils entraient dans une zone de turbulence économique et politique qui s'amplifiait à partir des années 1980* » (Gruénais, Ibid. : 2). La crise économique avait été suivie dans certains pays de problèmes politiques majeurs, conflits militaires et/ou catastrophes écologiques qui n'ont fait qu'empirer la situation. Ensuite, les politiques d'assainissement de l'économie initiées par le FMI et la Banque Mondiale ont achevé de faire effondrer les systèmes de santé. A côté de ces

---

<sup>74</sup> Voir la déclaration d'Alma-Ata, OMS, 12 septembre 1978.

problèmes, on n'arrivait pas à s'accorder sur l'interprétation à donner à la déclaration d'Alma-Ata. Des interprétations prônant l'agent de santé communautaire qui serait la solution au manque de formations sanitaires et de finances à celles vantant des soins de santé primaires sélectifs qui voulaient qu'au lieu de s'occuper de la création d'un réseau de services on se concentre sur un nombre limité de maladies, causes directes de mortalité précoce et pour lesquelles il y avait des solutions techniques, le choix entre SSP « sélectifs » et « globaux » domina les débats au début des années 80.<sup>75</sup>

Devant l'incapacité des pouvoirs publics à fournir des soins gratuits aux populations, on se rendit à l'évidence qu'on ne pouvait fournir les soins que si quelqu'un les payait. Il fallait donc de nouvelles idées. Lors du comité régional de l'OMS tenu à Bamako au Mali en 1987, le directeur général de l'UNICEF proposa une nouvelle stratégie : la fourniture de médicaments essentiels couplés à l'autofinancement local. La stratégie fut adoptée par les ministres de la Santé de la région sous l'étiquette « *Initiative de Bamako* ». Cette même année, à la Conférence de Harare en Tanzanie, le district sanitaire fut constitué en « *clef de voûte* » des systèmes de santé (Gruénais, 2001). L'enjeu des prochaines réformes serait de mettre en place des systèmes de santé locaux autonomes et dispensant des soins de qualité, organisant la référence entre des structures de soins situées à différents niveaux de la pyramide sanitaire et gérant eux-mêmes les recettes provenant des consultations, des examens et de la vente des médicaments génériques (Gruénais, *Idem*). L'« *Initiative de Bamako* », avec le recouvrement des coûts par la vente des prestations, donnait l'espoir de pouvoir mobiliser les ressources. Les notions de paquet minimum, correspondant aux soins de premier échelon et de complémentarité entre les centres de santé et les hôpitaux par le système de référence permettaient de satisfaire à la demande de soin tout en répondant à une logique épidémiologique (Gruénais, *Ibid.*). A partir de la fin des années 1990, tous les Etats africains, sous la pression des agences de coopération multilatérales et bilatérales et face à la dégradation de leur système de santé, s'étaient engagés à mettre en œuvre ce nouveau modèle.

---

<sup>75</sup> Le débat trouvait son origine dans un papier écrit par Walsh et Warren en 1979, qui arguaient que l'approche des soins de santé primaires était très idéaliste, coûteuse, très ambitieuse et à la limite impossible (Grodos & Béthune, 1988), car la majorité des gouvernements des pays pauvres étaient incapables de l'implémenter. Il était d'après eux plus réaliste de mobiliser des ressources pour contrôler des maladies sélectionnées selon des critères bien précis : fréquence, taux de mortalité et morbidité, existence d'un traitement efficace et disponible. Cette approche, encore dite « sélective » ou verticale, était alléchante pour les bailleurs de fonds qui voulaient de la visibilité et la possibilité de contrôler les fonds investis. Finalement sous une forme ou une autre, le verticalisme restera une tendance forte (Van Lerberghe & de Brouwere, 2000).

Pour quelles raisons le système qui semblait fonctionner efficacement à l'époque coloniale et qui avait permis ce succès remarquable contre la maladie du sommeil s'est-il complètement effondré quelques années après les indépendances ? Il est sans aucun doute difficile de répondre à la question. On peut néanmoins proposer des hypothèses, que l'exemple du Cameroun nous permettra de confirmer, d'infirmer ou de corriger. Ces hypothèses sont les suivantes : préoccupés par les questions politiques qui ont précédé et suivi l'accès à l'indépendance, les gouvernements ont négligé la santé publique. Profitant de la manne pétrolière, de la vente des produits d'exportation ou plus généralement de la situation favorable de leurs économies, plusieurs se sont investis dans l'équipement, la construction de nouveaux bâtiments ministériels, l'aménagement de grands centres urbains, notamment les capitales. Soucieux de se doter, au niveau des capitales et des grandes villes, d'un réseau de formations sanitaires prestigieuses, de grands hôpitaux de référence ont été construits. Pendant ce temps, l'équipement des zones rurales en personnels et structures sanitaires, l'organisation et le fonctionnement du service de santé, la lutte contre les maladies, les questions de santé publique en général, ont été négligés. Bientôt surviendra la crise économique qui aggravera les problèmes qui se posaient déjà.

#### IV- CRISE POLITIQUE, CRISE ECONOMIQUE, CRISE DU SYSTEME DE SANTE : ESSAI DE CONTEXTUALISATION DU CAS CAMEROUNAIS

##### 1- Un commencement sanglant

Ahmadou Ahidjo<sup>76</sup> devient Premier ministre de la république du Cameroun en 1958, deux ans avant l'indépendance, remplaçant André-Marie Mbida, devenu « *insupportable* » (Chaffard, 1965).<sup>77</sup> « *Homme de confiance du gouvernement français* » (Tolen, 1963), « *enfant chéri de l'Occident* », « *chouchou de Georges Pompidou* », « *homme qui n'allait*

---

<sup>76</sup> Né au mois d'août 1924 à Garoua dans le Nord du Cameroun, il fait ses études primaires à l'école régionale de la ville jusqu'en 1939. Il les poursuivra à l'Ecole supérieure de Yaoundé d'où il sortira diplômé en 1941. Il devient alors fonctionnaire des PTT. Il est nommé Vice-Premier ministre et ministre de l'Intérieur dans le gouvernement présidé par M. André-Marie Mbida en 1957.

<sup>77</sup> Chaffard (1965) note que son tempérament autoritaire et coléreux indisposait l'assemblée et ses collaborateurs, que son catholicisme inquiétait les protestants et les musulmans, qu'il s'emportait à toute occasion contre ses adversaires politiques, se plaignait à Paris que la France ne mettait pas en ligne au Cameroun assez de troupes pour écraser l'UPC. Il précise également qu'au moment même où il était choisi pour être Premier ministre, les collaborateurs du Commissaire de la République Française au Cameroun confiaient à des interlocuteurs « *discrets* » que le « *scénario* » était réglé. C'est Ahidjo qui serait, dans quelques mois, le successeur de Mbida.

*trouver en Pinochet qu'un pâle émule* » (Mongo Beti, 2003), « *c'est à lui que sera faite la promesse de l'indépendance au moment même où Ruben Um Nyobé, Secrétaire Général de l'UPC<sup>78</sup> sera abattu par les forces de l'ordre* » (Tolen, Idem : 6). Um, le « *mpondol* » ou « *sauveur* » (Chaffard, 1965 ; Mbembe, 1996), était alors sous le coup d'un mandat d'arrêt pour atteinte à la sûreté de l'Etat. Recherché par toutes les polices, il avait pris le maquis et vivait dans la forêt.

En 1959, l'Assemblée Générale de l'ONU accepte que le gouvernement d'Ahidjo soit celui qui dotera le nouvel Etat de ses nouvelles institutions. Le pays est alors déchiré par la rébellion du parti UPC. Le 1<sup>er</sup> janvier 1960, jour de l'indépendance, « *fictive* » pour Abel Eyinga (1978) et de « *la colonisation par d'autres techniques* » pour Mongo Beti (2003), est lui-même marqué par des troubles sanglants. Pendant les dix premières années de son règne, le problème majeur d'Ahidjo sera donc de maîtriser la rébellion. Avec l'aide de la France, il y parviendra progressivement mais les troubles ne cesseront véritablement qu'à partir de 1970 (Médard, 1977 ; Oyono, 1998). Avant de parler de la gestion politique d'Ahmadou Ahidjo, il faudrait peut-être dire quelques mots au sujet de l'UPC et de son chef que le premier gouvernement du Cameroun a dû braver.

D'origine modeste, même si son père avait la réputation d'être sorcier, Ruben Um Nyobé avait fait ses études primaires chez des missionnaires protestants. Ses maîtres lui reprocheront son indiscipline et son esprit raisonneur (Chaffard, Idem). En 1932, il est renvoyé de l'Ecole Normale de Foullassi où il poursuit des études pour être moniteur de l'enseignement privé. Il se présente en candidat libre à l'examen et est reçu. Il trouve peu après un emploi dans l'administration des finances à Douala et continue d'étudier seul pour obtenir son baccalauréat, à la suite de quoi il trouve un emploi au tribunal de Yaoundé. En 1944, deux fonctionnaires français militants de la CGT arrivent au Cameroun. Depuis le décret du 7 août 1944, la liberté syndicale a été étendue à tous les territoires d'Outre-mer. Les deux militants en profitent pour créer à Yaoundé et à Douala des cercles d'études ouverts aux fonctionnaires désireux de s'initier au syndicalisme. Um s'y inscrit et, avec lui, deux autres Camerounais : Charles Assalé et Jacques Ngom. Tous trois adhèrent après leur initiation syndicale à la première section de la CGT, qui sera créée en 1945. Ils iront à tour de rôle suivre un stage de perfectionnement en France. Um se fait remarquer par son ardeur et sa compétence et, au premier congrès de la CGT du Cameroun en 1947, il est élu premier secrétaire de la jeune organisation. Il abandonne alors

---

<sup>78</sup> Union des Populations du Cameroun.

son emploi de greffier pour se plonger dans l'activité syndicale (Chaffard, 1965).

Le Cameroun avait deux députés à l'Assemblée Nationale française : un médecin européen, le Dr Louis-Paul Aujoulat et le prince Douala, Alexandre Douala Manga Bell. Pour les militants de la CGT, un médecin blanc et un « *aristocrate occidentalisé* » ne pouvaient représenter les masses camerounaises. Il fallait donc créer un mouvement populaire. Le 10 avril 1948, l'UPC était créée et Um Nyobé, élu secrétaire général, remplacé à la tête de la CGT par Jacques Ngom. Le nouveau parti adhéra au Rassemblement Démocratique Africain (RDA) de Félix Houphouët-Boigny dont il devint la section camerounaise. Lorsqu'il décida de coopérer avec l'administration coloniale, deux de ses dirigeants territoriaux refusèrent le « *tournant* » : Bakary Djibo au Niger et Um Nyobé au Cameroun. Il semble que le premier regretta son intransigeance (Chaffard, *Idem*). Um Nyobé quant à lui fit le calcul suivant : le Cameroun n'est pas un territoire d'Outre-mer comme les autres, mais un pays sous tutelle sur lequel la France n'exerce qu'un mandat provisoire pour le compte des Nations Unies. Il suffit de créer une situation révolutionnaire telle que l'attention de l'ONU soit promptement attirée sur la façon déplorable dont la France s'acquitte de sa tutelle. Par le retentissement d'une campagne à New York, on obtiendra plus vite la levée de tutelle et la remise du pouvoir aux véritables représentants des aspirations populaires, l'UPC, Um Nyobé et ses alliés, après quoi les nationalistes ne refuseront pas de négocier leur adhésion conditionnelle à l'Union Française, après consultation de leurs compatriotes vivant dans la zone sous administration britannique. L'objectif de l'UPC, au-delà de l'indépendance, était en effet la réunification des deux « *Kamerun* », selon l'orthographe allemande (Chaffard, *Ibid.*).

Programme chimérique ? Se demande Chaffard (*Ibid.* : 348). « *A première vue pourtant, le programme et la tactique sont cohérents, les revendications légitimes. Et ils se réaliseront point par point. A ceci près que les bénéficiaires de l'opération ne seront pas les dirigeants de l'UPC, mais les nationalistes modérés qui, eux, pour parvenir au même but auront su plus habilement choisir la voie de la collaboration avec les autorités de tutelle ; la voie, somme toute, d'Houphouët Boigny en Côte d'Ivoire, de Senghor au Sénégal... car la chimère d'Um, c'est d'avoir pensé qu'il avait les moyens, au Cameroun, de triompher par une action révolutionnaire de type marxiste, analogue à celle qu'Ho Chi Minh a mené victorieusement au Vietnam* », sauf que, explique l'auteur, lorsque Ho prend le pouvoir à Hanoï en août 1945, il a derrière lui trente ans d'expérience révolutionnaire et peut compter sur un parti trempé par quinze années de lutte ouverte ou clandestine, tandis que le 22 mai 1955, lorsque l'UPC déclenche

l'insurrection qui va la mettre hors la loi, ses chefs n'ont aucune expérience de la clandestinité, ses militaires aucune préparation militaire ou doctrinale sérieuse. Um n'a pas quarante ans ; il est dans la politique depuis moins de dix ans, il n'a connu ni prison, ni exil (Chaffard, 1965 : 349).

Jusqu'en mai 1955, l'UPC avait agi en toute légalité : pétitions, réunions, organisation de la défense des militants poursuivis par la justice coloniale etc. La rébellion algérienne en 1954 sera pour elle un nouveau stimulant. Les dirigeants du parti estiment que les Camerounais doivent faire comme les Algériens pour hâter la libération de toute l'Afrique Noire. Le pays bassa est choisi comme zone insurrectionnelle à partir de laquelle le mouvement de libération s'étendra à tout le reste du pays. A ce moment-là, arrive un nouveau commissaire de la République, Roland Pré, plus préoccupé par le développement du pays que par les questions politiques immédiates et urgentes pour l'UPC. « *Il s'étonne qu'on sourit de sa bonne volonté, et qu'on lui parle « politique » quand il parle « développement »* (Chaffard, *Idem* : 362). Il rend l'UPC responsable de ses échecs et refuse au mouvement l'autorisation de tenir ses meetings. Ses dirigeants passent outre et le Haut-commissaire reste impuissant alors que s'accroît la popularité de ses adversaires. A ce moment-là, l'UPC, exagérant certainement la portée de ses succès politiques contre l'administration, croit le moment venu de préparer la prise de pouvoir. En avril 1955, le parti proclame qu'il se refuse désormais à reconnaître l'administration française et réclame la constitution d'un comité exécutif provisoire, seul habilité à discuter avec le gouvernement français. Le 15 mai, Félix Moumié, président du parti, annonce lors d'un meeting à Douala qu'Um Nyobé a pris le « *maquis* » et qu'il est en train d'y préparer les plans de la révolution. Le 22, il tient à peu près les mêmes propos devant une foule de près de 2000 personnes à Yaoundé. Le même jour à Douala, des gendarmes venus signifier à une foule de sympathisants « *upécistes* » l'interdiction de leur réunion sont molestés. Le lendemain, des villages entiers se soulèvent en pays Bamiléké et Bassa. C'est le début d'une semaine sanglante dont l'UPC dans ses pétitions à l'ONU annonce le bilan en terme de milliers de morts, bilan exagéré pour Chaffard (*Ibid.*). Le 13 juillet 1955, le Conseil des ministres à Paris prend la décision d'interdire l'UPC. Son président Félix Moumié et les autres dirigeants (Abel Kingué, Ernest Ouandié et la présidente de la section des femmes) passent clandestinement la frontière pour se réfugier en zone britannique. Seuls Um Nyobé et Mayi Matip restent au Cameroun, au sein des clans Bassa dont ils sont originaires et dont ils ont entrepris la formation révolutionnaire. Um Nyobé n'aurait semble-t-il pas apprécié l'insurrection à son avis prématurée. Pour lui, il fallait se doter d'une bonne organisation et, au moment opportun, faire une démonstration de l'emprise du parti sur les populations. Le moment opportun était le scrutin de décembre 1956, visant à élire les députés de la

première Assemblée Territoriale du Cameroun (ATCAM). Mais tout se passa comme si par des « *des artifices de procédure, l'autorité française s'arrangeait pour écarter l'UPC de la consultation* » (Chaffard, 1965 : 367). L'UPC entend alors montrer qu'aucun scrutin sérieux ne peut se faire sans elle. Commence une autre semaine sanglante ; mais le soulèvement ne dépasse pas les limites du pays Bassa. La première assemblée législative est donc élue, l'UPC exclue. L'assemblée adoptera le statut d'Etat autonome sous tutelle et un gouvernement autochtone sera mis sur pied, avec André-Marie Mbida comme Premier ministre.

Au hasard d'une tournée en novembre 1957, une patrouille découvre un ensemble de documents montrant que l'action de l'UPC continue à se développer sans entraves. L'administration craint de voir proclamer, jusque devant les instances de l'ONU avec lesquelles Um entretient une volumineuse correspondance, la déchéance de la tutelle française en pays Bassa et de voir couper, à la faveur d'une insurrection généralisée, les communications entre Douala et Yaoundé, avec des conséquences pour le prestige et l'autorité du jeune gouvernement, déjà loin de donner satisfaction (Chaffard, *Idem*). Il faut rétablir l'ordre dans les régions troublées. S'organise alors une ultime répression « *upéciste* » dont l'objectif principal est de saisir le leader de la formation, son arrestation devant sans aucun doute fragiliser le mouvement. A partir du mois de décembre 1957, un dispositif militaire spécial fonctionnera à cet effet à travers des Zones de Pacification créées pour « *vider la mer de son eau et attraper plus facilement les poissons* ». Ce sera la dernière campagne dite de « *pacification* » menée par l'armée française en Afrique noire (Chaffard, *Ibid.*).

Ruben Um Nyobé fut abattu le 13 septembre 1958. Les indiscretions de certains de ses ralliés, dont Mayi Matip, avaient permis de localiser son campement et, le 13 septembre au petit matin, de petites équipes de troupes françaises entreprirent une fouille systématique de la zone. Très vite, la patrouille repéra le groupe et une fusillade se déclencha. L'objectif était d'arrêter le leader mais les soldats, ne l'ayant pas reconnu, avaient tiré sur « *un intellectuel s'enfuyant avec une serviette* » (Chaffard, *Ibid.*). On invita la population à venir contempler les cadavres et surtout à reconnaître Um Nyobé et donc confirmer son décès. Son cadavre fut ensuite transporté à l'hôpital de la ville tandis que les autorités procédaient à la publication et à la diffusion d'un tract annonçant la chute du « *Dieu qui s'était trompé* ». Il représentait une photographie de Um « *vaincu par la mort et étendu au sol* » (Mbembe, 1996). Son enterrement « *fut à l'image de celui des réprouvés* » (Mbembe, *Idem*). Pour Achille Mbembe (*Ibid.* : 15), ce fut un véritable drame symbolique. « *Compte tenu du fait qu'il avait, de son vivant, attenté à l'ordre, l'Etat voulut organiser son enterrement comme un tentative*



de réparation du même ordre. Il s'agissait d'abolir, comme métaphoriquement, la rupture des discontinuités que Um avait voulu introduire dans l'histoire du pouvoir colonial au Cameroun, et de manifester dans tout son éclat, en cette occasion, la toute puissance de l'Etat. En jouant sur les images de l'ordre et du désordre à travers la manière même d'enterrer, l'on cherchait à retirer à cette mort ce qui la rendait parlante. L'Etat colonial voulut donc faire taire le mort ». Son cadavre avait été traîné dans la boue, ce qui l'avait défiguré. On voulut de cette façon, note encore l'auteur (Mbembe, 1996 : 16) « détruire l'individualité de son corps et le ramener à une masse informe et méconnaissable... ». Alors que son corps gisait à l'hôpital, un soldat de la milice que l'administration avait organisée pour lutter contre l'UPC tenta de le profaner. Il l'insulta, frappa le front du mort de son index, le mettant au défi de se mettre debout et de se mesurer à lui. L'idée de lui trancher la tête et d'en retirer le cerveau fut même avancée. Les familles ne furent pas invitées à assister à l'enterrement ; on exigea des gens qu'ils s'abstiennent de toutes lamentations ; les rituels ne furent pas respectés. « Puisque nul n'avait réussi à humilier ce mort de son vivant, il fallait déshonorer sa dépouille, en lui barrant physiquement l'accès au statut de mort glorieux que sa vie, son témoignage et le drame de sa fin lui avaient mérité. Dans ce même esprit, on lui accorda une tombe misérable et anonyme. Aucune épitaphe, aucun signalement particulier n'y furent inscrits. Puisqu'il fallait nier tout ce dont sa vie témoignait en en faisant un mort sans visage, rien ne devait subsister qui fit briller sur ce cadavre un dernier reflet de vie » (Mbembe, *Idem* : 16). Sur recommandation des autorités de l'Etat, on immergea son corps dans un bloc massif de béton enfoui dans le sol : « l'Etat cherchait ainsi à brouiller définitivement les liens de Um avec le sol où il reposait, et où, selon le principe de l'autochtonie propre à la société dont il descendait, se perpétuaient ses rapports avec sa lignée, sa descendance. Il s'agissait, au total, d'effacer Um de la mémoire des hommes en le renvoyant au chaos où il ne serait plus strictement personne » (Mbembe, *Ibid.* : 16). Longtemps après son enterrement, il restait dangereux de citer son nom en public, de se référer à ses écrits, de conserver son effigie. Après l'indépendance, l'Etat veillera à ce qu'aucun dispositif de mémoire ne rappelle cette figure et jusqu'au milieu des années 90, l'homme et sa mémoire resteront « ensevelis sous les décombres des interdits et de la censure d'Etat » (Mbembe, *Ibid.*). Cette absence de liberté d'expression sera l'une des principales caractéristiques du régime politique d'Ahmadou Ahidjo.

Après la mort d'Um Nyobé, la rébellion en pays Bassa avait effectivement perdu son âme. Mais bientôt, elle se réveilla à partir du pays bamiléké. En effet, le 14 mars 1959, l'Assemblée Générale des Nations Unies avait voté la fin du mandat de la France sur le Cameroun et la

délégation de pouvoir que ce pays tenait de l'ONU pour administrer le territoire prit fin le 1<sup>er</sup> janvier 1960. A partir de leur lieu d'exil, les dirigeants qui s'étaient enfuis en 1955 décidèrent de tout faire pour empêcher la proclamation d'une indépendance dont ils n'auraient pas le contrôle. Les insurrections reprirent en 1959, surtout dans la région Bamiléké. Douala et Yaoundé connurent aussi quelques flambées de violence. Ces troubles n'empêchèrent cependant pas la proclamation de l'indépendance. Le nouveau gouvernement sollicita l'aide des forces françaises<sup>79</sup> pour réprimer la violence et former le plus rapidement possible des cadres pour l'armée locale. On attendait de l'armée française qu'elle « isole » la zone « contaminée », pour éviter la « contagion », qu'elle y brise la rébellion et, enfin, qu'elle y assure la réinstallation de l'administration nationale camerounaise (Chaffard, 1965). Les troubles, on l'a vu, ne cesseront véritablement qu'à partir des années 70.

## 2- La constitution d'un Etat « mou »

Originaire du Nord du Cameroun et à la tête de la plus importante formation politique du pays, l'Union Camerounaise (UC, qui deviendra Union Nationale Camerounaise, UNC), Ahmadou Ahidjo était minoritaire. Son accession à la tête de l'Etat camerounais était d'ailleurs surprenante. Avec son parcours intellectuel et politique modeste, sa réputation de parlementaire paresseux, il n'avait aucune chance et personne n'aurait parié sur lui (Médard, 1977). Jean-François Bayart (1985) rend bien compte des éléments qui auraient conduit à l'accession d'Ahmadou Ahidjo au pouvoir et on a l'impression qu'il avait été choisi à cause de sa marginalité, pour répondre à une situation politique précise, confuse et complexe et être éjecté plus tard, sauf que, malgré son apparence timide et taciturne, l'homme était rusé (Chaffard, *Idem*). Il parviendra à se rallier les éléments du Sud en profitant des divisions internes de l'UPC et en offrant aux jeunes diplômés de bonnes situations dans la nouvelle administration camerounaise qui manquait de cadres. Il s'attachera parallèlement à neutraliser toutes les oppositions, à écarter toutes les autres formations et personnalités politiques en créant progressivement un parti unique dit unifié (Médard, *Idem*). Pourtant les autorités de l'Etat, dont Ahidjo faisait partie, semblaient admettre que le multipartisme était un des moyens d'expression de la démocratie et les partis politiques, suivant les constitutions de 1960 et 1961 copiées sur le modèle français de 1958, concouraient à l'expression de la volonté nationale (Tolen, 1963). En 1962, lors du congrès de l'Union Camerounaise à Ebolowa, le

---

<sup>79</sup> Les troupes françaises opéraient désormais dans un autre registre. Il ne s'agissait plus d'une « campagne de pacification » ; il s'agissait de venir en aide à un pays indépendant, un pays ami.

président déclarera à ceux qui considéraient le parti unique comme un parti antidémocratique : « *Il n'y a pas d'étalon international de la démocratie* » et le 17 août 1962, on lira dans les lignes du journal de ce parti, *Unité* : « *A ceux des camarades tiraillés de remords quand on les accuse de soutenir une action politique qui bafoue la démocratie, nous leur conseillons de se pénétrer de cette évidence, que la démocratie implique une variété de natures et s'interprète de manières différentes selon qu'elle est inspirée par telle ou telle forme de pensée, par telle ou telle force sociale* » (Tolen, 1963 : 10). Cependant, soulignait encore Tolen (*Idem*), « *la carte de l'UC est, aujourd'hui, un sauf-conduit nécessaire à tout camerounais qui voudrait vivre tranquille* ».

Ayant adopté une constitution à caractère fédéral, sa politique tendra à absorber l'ex-Cameroun britannique et à accroître la centralisation de l'administration du pays.<sup>80</sup> Usant de patience et profitant de la succession des chefs pour placer son candidat, Ahidjo finira par imposer son autorité aux chefs traditionnels de l'Ouest et du Nord du Cameroun (Médard, 1977). Dominant toutes les institutions du pays, le président de la République parviendra à instaurer un régime autoritaire, profondément marqué par l'absence de libertés individuelles, un état néo-patrimonial et « *mou* ». <sup>81</sup> Mongo Beti (2003 : 14) comparait le « *Cameroun d'Ahmadou Ahidjo* », à un véritable « *bantoustan* » où tous les profits iraient aux firmes et aux entreprises blanches et toutes les larmes, toutes les plaies de la misère aux

---

<sup>80</sup> Au moment où le Cameroun français obtient son indépendance, le Cameroun britannique est encore administré par la Grande-Bretagne. Le 11 février 1961, la Grande-Bretagne lui impose le choix entre l'indépendance dans le cadre de la fédération nigériane ou l'indépendance dans le cadre d'un rattachement avec le Cameroun. Les résultats rattachent la partie Nord du Cameroun britannique au Nigeria et la partie Sud au Cameroun. Des négociations en vue de trouver la constitution adaptée aux deux territoires seront engagées par les hommes politiques camerounais des deux ex-territoires coloniaux ; ils optent pour la fédération, sauf que ce choix reposait sur un malentendu. Les leaders des deux délégations, Ahmadou Ahidjo et John Ngu Foncha, n'avaient pas la même vision de la fédération. Foncha acceptait la fédération tout en pensant à la confédération où Buéa, capitale de l'ancien Cameroun britannique, jouerait le rôle de capitale d'un Cameroun occidental suffisamment autonome et Ahmadou Ahidjo acceptait la fédération tout en considérant qu'elle n'était qu'une étape vers un Etat unitaire où Yaoundé deviendrait la seule capitale du Cameroun (Abwa, <http://ambafrance-cm.org/html/camero/histor/evopol.htm>).

<sup>81</sup> La formule d'« *Etat mou* » a été inventée par Gunnar Myrdal pour caractériser l'absence générale de discipline sociale dans les pays sous-développés, cette absence de discipline se traduisant par l'absence d'obéissance aux règlements et directives édictés par l'autorité, aux fréquentes collusions entre cette autorité, les individus puissants et les groupes de personnes dont elle devrait contrôler les actes et une tendance dans toutes les couches de la population à résister au contrôle de l'autorité publique et à ses voies et moyens. Le concept d'« *Etat mou* » inclut aussi la corruption. Pour un développement de ce concept et du néo-patrimonialisme caractérisant l'Etat camerounais, voir Médard, 1977 ; 1982 ; 1998 et 2001.

Nègres. En 1982, Ahidjo démissionne ; il est remplacé à la tête de l'Etat par Paul Biya.

La démission d'Ahidjo et l'accession de Paul Biya semblaient indiquer des lendemains prometteurs pour le Cameroun. Dans son discours d'investiture, Paul Biya se prononçait pour la continuité dans la fidélité à son « *illustre prédécesseur* » ; mais tout en se prononçant pour la continuité, il plaçait son régime sous la bannière de la « *rigueur* » et de la « *moralisation* », « *mots encore inconnus dans le langage politique camerounais* ». <sup>82</sup> Des inquiétudes se multiplièrent çà et là et Ahidjo, qui n'avait pas abandonné la direction du parti à son successeur, crut utile d'employer ce canal pour reprendre « *d'une main ce qu'il avait donné de l'autre* ». <sup>83</sup> Le 31 janvier 1983, il annonça que l'UNC, le parti dont il était encore le président, avait la prééminence sur l'Etat. Le Cameroun entra alors dans une sorte de bicéphalisme, entraînant une bataille pour la maîtrise effective du pouvoir dont le point fort fut atteint le 6 avril 1984, lorsque les officiers de l'armée camerounaise originaires du Nord-Cameroun et supposés être des alliés d'Ahidjo, organisèrent un coup d'Etat pour renverser le président Biya. Celui-ci échoua. L'échec du coup d'Etat libéra Paul Biya de l'emprise de son prédécesseur. <sup>84</sup> Il prit une série d'options politiques marquant clairement la fin du bicéphalisme et la maîtrise d'un pouvoir dont il était désormais le seul légitime propriétaire <sup>85</sup>. C'est ainsi qu'il décida, sans transition, de passer de la République Unie à la République du Cameroun, d'organiser le quatrième congrès de l'UNC au cours duquel l'UNC, fondée par Ahidjo, deviendra le RDPC, Rassemblement Démocratique du Peuple Camerounais avec Paul Biya pour fondateur. Il modifia la structure administrative du pays en divisant la grande province du Nord en trois provinces : le Nord, l'Extrême-Nord et l'Adamaoua. C'était en effet une stratégie politique visant à introduire les divisions et à saper la popularité de l'ancien président dans sa propre région d'origine. « *Diviser pour mieux régner* », pourrait-on dire. Il créa de la même façon plusieurs nouveaux départements, arrondissements et districts, oubliant parfois de les équiper d'infrastructures correspondantes. Il convoqua les électeurs aux urnes pour des élections présidentielles anticipées. Par ces actes, Paul Biya devint le véritable président de la République et put alors engager la seconde phase de sa gestion politique du Cameroun, consacrée à la renaissance des libertés politiques. <sup>86</sup> C'est sous sa tutelle que se déroulera la transition dite

---

<sup>82</sup> Abwa, <http://ambafrance-cm.org/html/camero/histor/evopol.htm>

<sup>83</sup> Abwa, <http://ambafrance-cm.org/html/camero/histor/evopol.htm>

<sup>84</sup> Abwa, Idem

<sup>85</sup> Abwa, Ibid.

<sup>86</sup> Abwa, Ibid.

démocratique des années 90, qui sera marquée par des actes violents notamment lors des « *villes mortes* », et c'est également lui qui, le 19 février 1987, fera une déclaration officielle à la télévision camerounaise annonçant : « *la crise économique est là* » (Touna Mama, 1996).

### 3- La crise économique

Le Cameroun sera pendant longtemps considéré comme un modèle de prospérité économique (Aerts & al., 2000). Vers le début des années 80, il jouit d'un véritable boom économique lié à l'exploitation du pétrole. Au cours de la période allant de 1977 à 1987 le PIB par tête augmente et le Cameroun est classé parmi les pays à revenu intermédiaire. Cette croissance s'expliquait surtout par la découverte et l'exploitation des gisements pétroliers entre 1977 et 1981. À la fin de l'année 1985, la situation du Cameroun est relativement favorable. Grâce aux recettes pétrolières, les perspectives de croissance sont correctes et le pays dispose d'une bonne marge de manœuvre. Deux ans plus tard, tout s'effondre, prenant de court l'administration camerounaise qui n'aurait pas vu venir la crise (Aerts & al., Idem).

La cause de la crise est à rechercher dans les facteurs externes : réajustement à la baisse du prix du pétrole et des autres matières premières, modification de la parité du dollar par rapport au franc CFA. Les prix du pétrole enclenchent un processus bientôt relayé par la chute des cours des principaux produits de rente. Le pays répond à l'effondrement des prix par une augmentation des quantités extraites ; mais il faut les réajuster à la baisse dès l'année suivante pour tenir compte des limites géologiques des gisements exploités. La valeur des exportations pétrolières s'érode lentement jusqu'en 1994. Les autorités camerounaises n'ont aucune marge de manœuvre. Ne contrôlant ni les prix mondiaux du baril, ni la parité du franc CFA vis-à-vis du dollar, elles n'ont qu'une alternative : subir le choc (Aerts & al., Ibid.).

Surpris par le retournement de la conjoncture, le gouvernement n'aura pas le temps de prendre les mesures d'ajustement nécessaires. Entre 1984/85 et 1987/88, ses recettes se réduisent à 29% tandis que les dépenses diminuent de 16% seulement (Aerts & al., Ibid.). Mais, en 1987/88, les autorités mettent en place, de façon autonome, un programme qui conduit à une réduction de 40% des coûts d'investissement. Cette diminution des dépenses se poursuivra en 1988/89 et 1989/90 sous l'impulsion du FMI et de la Banque Mondiale, et sera suivie de mesures restrictives sur les salaires prises en janvier et décembre 1993. Le 12 janvier 1994, les responsables des pays africains de la zone franc décident unanimement d'une nouvelle parité pour le franc CFA, réduisant de moitié sa valeur par rapport au franc français (un franc français pour 100 francs CFA au lieu de 50 francs comme avant).

Toutes ces mesures entraîneront une diminution d'environ 70% de la valeur des salaires du personnel de l'Etat (Syed & al., 2002).

#### 4- La santé en crise

Avec la récession économique, le Cameroun verra ses indicateurs socio-sanitaires se dégrader de manière importante. Le budget de la santé publique subira une réduction progressive par rapport au budget national. En 1992/1993, il représente encore 5,21% du budget total du pays pour ne représenter que 2,58% en 1997/1998 et 4% en 1999-2000, ce qui est bien loin des 10% fixés comme cible par l'OMS. 50% des ressources sont affectées au secteur central et 80% des dépenses sont absorbées par le salaire du personnel. Les indicateurs de santé qui avaient progressé au moment de l'indépendance fléchiront sous l'influence de la crise économique.

Le profil sanitaire de la République épouse parfaitement celui des pays du tiers monde : prédominance des pathologies infectieuses et parasitaires qui sévissent de manière endémique, auxquelles s'ajoutent le poids des maladies cardio-vasculaires, les cancers et les traumatismes (Aerts & al., 2000 ; Médard, 2001 ; Minsanté, 2002 ; Okalla & Le Vigouroux, 2001). L'infection à VIH/SIDA est aussi préoccupante. En 1998, le taux de séroprévalence était estimé à 0,5%. En 2000, on estime à 7,73% le nombre d'adultes atteints. La situation est plus grave dans certains groupes comme les militaires (15%) et les prostituées (25 à 45%). La séroprévalence VIH dans la population générale a récemment été réévaluée lors de l'EDS de 2004. Environ 10 000 personnes ont été testées et le taux de séroprévalence estimé à 5,5% sur l'ensemble du pays avec des variations provinciales importantes.<sup>87</sup> Les grands problèmes de santé sont donc : une morbidité et une mortalité infantiles élevées, des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques, une morbidité et une mortalité maternelle élevées, la recrudescence de la tuberculose due en partie à la pandémie du VIH/SIDA, une extension rapide de ce virus, de fréquentes bouffées de choléra et de méningite cérébro-spinale.

Le boom pétrolier de la première moitié des années 80 avait permis le développement des structures de santé. Elles sont cependant inégalement réparties entre les provinces au sein de celles-ci, entre zones urbaines et

---

<sup>87</sup> Cameroun, Enquête Démographique et de Santé 2004, Rapport préliminaire. Interrogeant un médecin sur la réalité de ces chiffres qui montraient un taux de séroprévalence à la baisse, alors que le Sida me semblait plus présent dans la vie quotidienne des Camerounais, me donnant à penser que les uns et les autres avaient été d'une façon ou d'une autre touchés par la maladie, il me fit la remarque suivante : « C'est ce qu'ils disent ; ce n'est pas ce que j'observe dans mon service ».

rurales. Bon nombre de ces structures sanitaires sont vétustes et nécessitent d'être réhabilitées ou simplement d'être détruites et reconstruites (Médard, 2001). Plusieurs disposent d'une gamme variée d'équipements pour la plupart non fonctionnels et obsolètes. La situation actuelle peut se résumer à travers les problèmes suivants : vétusté du patrimoine sanitaire, inégale répartition des infrastructures, inexistence d'un système de gestion comptable des équipements sanitaires, insuffisance qualitative et quantitative du personnel.<sup>88</sup> Sous la pression de la crise, des plans d'ajustement structurel et de la dévaluation, les salaires ont été amputés de façon considérable. Les allocations ne sont plus versées et les avancements en grade sont bloqués. Tout cela pousse les professionnels de santé à dire de leur situation économique qu'elle est « désastreuse », « déplorable », « frustrante », « très difficile ». N'arrivant plus à satisfaire leurs besoins les plus élémentaires, ils ont le sentiment d'être traités injustement, eu égard à leur qualification et au volume de travail qui leur incombe. Cet état de chose affecte gravement leur motivation et encourage des pratiques préjudiciables (Syed & al., 2002 : 290). Différentes stratégies sont développées pour s'adapter à ces conditions de vie et de travail devenues problématiques : retour au village, travaux champêtres, vente des denrées de première nécessité, racket des usagers, clinique, corruption etc. Tous les diagnostics, note Médard (2001), s'accordent à mettre en cause le comportement du personnel médical et paramédical et la mauvaise qualité des soins, le recours à des pratiques de corruption, tant dans la gestion administrative et financière que dans les soins et l'attribution des médicaments, qui a entraîné une privatisation informelle du secteur public de la santé, rendant du même coup les soins de santé inaccessibles à tous. Si le bilan sanitaire du Cameroun est négatif, il ne faut pas oublier que cette dégradation du système de santé n'a pas son origine dans la crise économique. Déjà dans les années 1970, comme l'a remarqué Médard (1977), les abords de l'hôpital central de Yaoundé étaient couverts d'ordures, les rats y grouillaient et les infirmiers urinaient dans la cour. Pour être effectivement soigné, il fallait soit connaître quelqu'un, soit payer un pot-de-vin. Il n'y avait pas de service d'urgence digne de ce nom. Les

---

<sup>88</sup> En 1998, le rapport du PNUD sur le Développement Humain au Cameroun présentait un ratio de 1 médecin pour 9164 habitants et de 1 infirmier pour 2214 habitants. Au 30 juin 2000, ces ratios sont passés à 1 médecin pour 10 083, 1 infirmier pour 2 249 et 1 aide soignant pour 3000 habitants (Okalla & Le Vigouroux, 2001 ; Médard, 2001, Minsanté, 2002). Les recrutements à la fonction publique se sont arrêtés pour toutes les catégories de professionnels de la santé en dehors des médecins diplômés de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé. Les postes libérés du fait des départs en retraite et des décès ne sont pas maintenus ! En dehors de la dégradation progressive de ces ratios, on note de grandes disparités dans la répartition des ressources humaines du secteur entre les différentes provinces, entre la zone rurale et la zone urbaine. Ces disparités sont encore plus évidentes entre les grands hôpitaux (généraux, centraux et provinciaux) et les hôpitaux de districts.

malades, une fois admis à l'hôpital, pouvaient passer une semaine sans recevoir la visite du médecin. Il y avait toujours des problèmes de rupture des stocks de médicaments et de diverses fournitures, pas seulement en raison des vols, mais par simple absence de prévision. Un témoin avait alors raconté que lorsque les responsables s'étaient réunis pour réfléchir à l'équipement du nouvel hôpital universitaire, on avait pensé aux voitures de service et à l'équipement des bureaux des « *grands professeurs* » avant de se préoccuper des lits de malades. Le sort des malades n'était pas la priorité, alors que le problème de la survie matérielle du personnel ne se posait pas dans les mêmes termes qu'aujourd'hui. Ainsi Médard écrivait qu'il « ... *faut renoncer à l'illusion de penser que ces institutions sont d'abord là pour remplir leur fonction manifeste. Il faut abandonner l'idée qu'au Cameroun, un hôpital public est d'abord là pour soigner des malades. L'hôpital (comme l'université, le ministère du plan, du budget, etc.) est là d'abord pour des raisons de standing national, de signe extérieur de progrès et de modernité. En deuxième lieu, il a une fonction de patronage et il est au service du personnel de l'hôpital. C'est en troisième lieu qu'il a pour fonction les soins aux malades. Des malades sont « soignés » certes, mais il ne s'agit là que d'une fonction secondaire et accessoire...* » (Médard, 1977 : 76). Il est frappant, soulignait-il en 2001, de constater que ce sont fondamentalement les mêmes problèmes qui sont évoqués plus de 25 ans après : la corruption certes et, d'une façon plus générale, une crise de l'autorité qui se manifeste par l'absence de toute discipline et d'autorité hiérarchique, une absence généralisée de conscience professionnelle et d'esprit de service public, des interférences de toute nature et notamment politiciennes dans la gestion des établissements (Médard, 2001).

Avant la déclaration officielle de la crise économique, Bernard Hours (1985) avait réalisé une étude sur les représentations de la santé publique, c'est-à-dire sur les conceptions gravitant autour du rapport social aux institutions sanitaires. Il parle des conditions désastreuses dans lesquelles exercent les médecins, des équipements défectueux, du manque chronique des médicaments qui a entraîné une focalisation sur l'écrit, l'activité hospitalière se résumant à la tenue des registres et à la rédaction des ordonnances, des infirmiers plus présents que les médecins, frustrés par ce savoir réduit à la prescription de médicaments que le malade n'aura pas les moyens de s'acheter. Le malade, quant à lui, se sent entouré par une cohorte d'infirmiers « *malveillants* », avec une façon de parler qui lui fait « *peur* » et qui lui fait « *honte* ». Ils lui volent ses médicaments, ne se déplacent que pour changer les perfusions et transforment les membres de sa famille en commis de ménage. La santé publique se résume à un secteur privé coûteux, où l'on est bien reçu, bien encadré, opposé au secteur public présenté comme un rituel d'insultes et d'affronts (Hours, *Idem*). L'Etat distribue gratuitement



une médecine de pauvres, de qualité médiocre, mise en œuvre par des personnes irresponsables. « ... *la santé publique se présente comme une boîte noire où entrent les crédits, des personnels ambitieux et compétents, des moyens techniques et des médicaments, des malades, tandis que ressortent une impression globale de manque, des professionnels frustrés et peu opérationnels, des moyens rendus inutiles par la rareté des médicaments, des malades insatisfaits ou franchement indignés* » (Hours, 1985 : 150). En définitive, si la situation n'est pas nouvelle, la crise économique l'a certainement exacerbée.

Cette crise du système de santé, surtout associée aux formations sanitaires publiques, a conduit à une valorisation, voire une idéalisation des structures confessionnelles. M. E. Gruénais (2005) montre que, loin de constituer des milieux sains où la profession médicale est pratiquée avec équité, les structures confessionnelles peuvent également être traversées par les mêmes problèmes de financement, de manque de personnel, voire de corruption. En fin de compte, s'il est difficile de ne pas diaboliser le secteur public de la santé, on ne devrait pas pour autant idéaliser le secteur privé confessionnel (Gruénais, Idem ; Médard, 2001).

## 5- La nouvelle organisation

Suite à la conférence d'Alma-Ata en 1978, le Cameroun avait ratifié la Charte de développement sanitaire de l'Afrique, charte qui faisait des soins de santé primaires la stratégie essentielle en vue d'atteindre l'objectif de la « *santé pour tous en l'an 2000* ». Le Cameroun s'est par la suite associé aux initiatives prises à la conférence de Bamako en 1987 (Minsanté, 2002 ; Okalla & Vigouroux, 2001). Depuis le début des années 90, le Cameroun s'est donc engagé dans un processus de réforme de son système de santé. La démarche étant en cours, on ne peut en rendre compte qu'à un moment donné ; de même, les politiques de lutte contre les maladies s'imbriquant progressivement dans les nouvelles structures du système de santé, on ne peut que se limiter à l'analyse de ce qui se passe à un moment donné de la dynamique globale de réforme (Médard, Idem).

Le secteur santé s'articule en trois sous-secteurs : public, privé et traditionnel. Le sous-secteur privé regroupe les structures sanitaires privées à but lucratif et non lucratif. Le sous-secteur public comprend toutes les structures sanitaires publiques coiffées par le ministère de la Santé publique, ainsi que les structures sanitaires sous tutelle d'autres départements ministériels (Minsanté, Idem). La Déclaration Nationale de la Mise en Œuvre de la Réorientation des Soins de Santé Primaires (1993), puis une modification de l'organigramme du Ministère à la suite du décret N°95/040 du 7 mars 1995 organisent le sous-secteur public en trois niveaux : central,

intermédiaire et périphérique. Le niveau central élabore les stratégies nationales, contrôle et distribue les ressources au niveau opérationnel. Les formations sanitaires à ce niveau sont : les hôpitaux généraux de Yaoundé et de Douala, le centre hospitalo-universitaire de Yaoundé, l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé. En deuxième catégorie, se trouvent l'hôpital central et l'hôpital Jamot de Yaoundé, ainsi que l'hôpital Laquintinie de Douala. Ces hôpitaux servent de référence aux hôpitaux provinciaux. Le niveau intermédiaire est représenté par les 10 délégations provinciales de la santé publique. Chacune suit les délimitations et la dénomination de sa province administrative. Elles ont pour rôle de traduire en programmes la politique élaborée au niveau central. L'hôpital provincial est la formation sanitaire de deuxième niveau pour les districts de santé. Le district de santé constitue le niveau périphérique ou opérationnel. Le district de santé est subdivisé en aires de santé ; l'aire de santé est constituée par un village ou un ensemble de villages avec une population totale de 5000 à 10 000 habitants, un territoire bien défini et desservi par une structure sanitaire qui a la responsabilité des activités de santé. Le district de santé dispose de deux niveaux d'établissement de soins : l'hôpital de district et les centres de santé intégrés (Minsanté, 2002.). La mise sur pied de la nouvelle réforme ne se fait pas sans difficultés, remettant en question la notion même de décentralisation et la réalité de l'autonomie des communautés (Gruénais, 2001), mais il est clair que toutes les politiques verticales actuellement mises sur pied au Cameroun s'inscrivent dans cette dynamique ; ainsi en est-il du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT).

## CHAPITRE IV

# La naissance du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) au Cameroun

### I- LA TUBERCULOSE

La tuberculose englobe toutes les manifestations pathologiques susceptibles d'être provoquées dans l'organisme par le bacille de Koch (BK). Ses atteintes sont multiples : osseuses, rénales, intestinales, génitales, méningées, cutanées, etc. Cependant, de toutes les localisations de l'affection, la tuberculose pulmonaire, qui nous intéresse ici, est la plus fréquente et la plus répandue (Coury, 2002). Les principaux signes généraux de la maladie sont la fièvre, les sueurs nocturnes, l'anorexie, accompagnée d'un amaigrissement. Le malade tousse avec expectoration et ces quintes de toux sont souvent accompagnées de douleurs thoraciques et d'hémoptysie.

La tuberculose pulmonaire se transmet d'homme à homme, principalement par voie aérienne. Lorsque des bacilles tuberculeux virulents pénètrent dans l'alvéole pulmonaire d'un sujet sain, ils sont phagocytés par les macrophages alvéolaires à l'intérieur desquels ils se multiplient, constituant le foyer initial. Au niveau de ce foyer initial, se forme alors un tissu inflammatoire puis cicatriciel dans lequel les macrophages contenant des bacilles sont isolés et meurent. Mais avant que le processus ne s'achève, des bacilles provenant du foyer initial ont été transportés et disséminés dans tout l'organisme par voie lymphatique puis sanguine. Des foyers secondaires contenant un nombre limité de bacilles sont ainsi constitués ; la plupart de ces foyers guériront lorsque surviendra la réponse immunitaire. Cette primo-infection tuberculeuse est en général asymptomatique et passe donc inaperçue. Si la réaction immunitaire secondaire à la primo-infection est insuffisante pour éviter la multiplication des bacilles dans un foyer, celui-ci devient le siège d'une nécrose caséuse. Sa liquéfaction et son évacuation par les bronches entraîneront la formation d'une cavité dans le poumon : la caverne pulmonaire. Les « *cavernes pulmonaires* » sont riches en bacilles (environ 100 millions de bacilles pour une caverne d'environ 2 cm de diamètre). Quand un malade atteint de tuberculose pulmonaire parle et

surtout quand il tousse ou éternue, il disperse autour de lui des gouttelettes de sécrétions bronchiques contenant quelques bacilles. Ce sont des gouttelettes infectantes. Le nombre de gouttelettes infectantes projetées dans l'atmosphère par un malade est de 3500 au cours d'une quinte de toux et d'un million au cours d'un éternuement (Aït-Khaled & Enarson, 1999). Au contact de l'air, ces gouttelettes se dessèchent en surface et deviennent des particules légères contenant des bacilles vivants qui restent en suspension dans l'air. Ce sont des « *particules infectantes* ». Les personnes qui vivent ou dorment à proximité d'un malade sont exposées à ces « *particules infectantes* ».

Pour un individu, la survenue de la maladie est essentiellement liée à l'intensité de la transmission et à la qualité des moyens de défense de l'organisme. Le risque de contagion est d'autant plus important que le contact avec le malade est étroit ; la promiscuité est donc une des principales causes de contagion. Le passage de l'infection à la maladie sera favorisé par tous les facteurs susceptibles de diminuer les moyens de défense de l'organisme : malnutrition, tabagisme, alcoolisme, affections entraînant une immunodéficience comme l'infection par le VIH ou le diabète. Les facteurs diminuant les risques de transmission sont les facteurs qui permettent d'interrompre la chaîne de transmission. Parmi ces facteurs, la détection et le traitement du plus grand nombre de malades existant dans une communauté sont essentiels, le second permet d'« *assécher* » le réservoir de germes en tarissant progressivement les sources d'infection. L'amélioration de l'habitat et de la nutrition, la vaccination des sujets jeunes non infectés, la chimioprophylaxie pour les personnes exposées à un risque particulier permettent aussi d'interrompre la chaîne de transmission.

Belle, redoutable et résistante (Bourdelaïs, 2003) entre le XIX<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècle la tuberculose a été responsable du décès de près d'un milliard d'êtres humains. A l'aube du XIX<sup>e</sup> siècle, on estimait que 7 millions de personnes mouraient de tuberculose chaque année avec 15 millions de personnes infectées à New York et Londres, les villes les plus affectées. Ce taux était certainement en dessous de la réalité dans la mesure où plusieurs familles, craignant la stigmatisation, ne déclaraient pas les décès relatifs à la tuberculose (Evans, 1994). On estimait que la moitié de la population du monde avait déjà été en contact avec le bacille de Koch et on craignait qu'à la longue le taux de mortalité ne soit à l'origine de la destruction de la civilisation européenne (Ryan, 1993). Grâce aux mesures de santé publique adoptées dans les pays riches, la généralisation de la cure sanatoriale, l'avènement de la collapsothérapie et la vaccination au BCG, mais surtout la chimiothérapie antituberculeuse qui débute après la Deuxième Guerre mondiale, la maladie sera maîtrisée ; progressivement, on commence à

l'oublier. Au début des années 90, une série de faits viendront la remettre à l'ordre du jour : l'apparition du VIH/Sida, l'information en provenance de la ville de New York que plus de la moitié des cas de tuberculose enregistrés en avril 1991 avaient déjà été traités sans succès auparavant et avaient pour la plupart des bacilles multirésistants aux antibiotiques, enfin l'information, en provenance de l'OMS suivant laquelle, contrairement à ce que l'on pensait, l'endémie tuberculeuse n'avait pas régressé dans la plupart des pays du monde durant les vingt dernières années. Près de 40% des malades atteints de tuberculose continuaient à mourir et la résistance du bacille tuberculeux aux antibiotiques ne cessait de s'accroître.

Les raisons évoquées pour justifier cette « *réémergence*<sup>89</sup> » de la tuberculose sont multiples. Pour Brown (1993), une erreur monumentale a été commise. Après la découverte des médicaments efficaces dans les années 40 et 60, le nombre de cas de décès a extraordinairement chuté dans les pays développés et les chercheurs se sont reposés sur leurs lauriers avec la certitude d'avoir vaincu la maladie. Les sanatoriums ont fermé leurs portes, les mesures adoptées dans le cadre de la santé publique ont été abandonnées, le financement de la recherche s'est amenuisé et plusieurs spécialistes de la tuberculose ont changé d'orientation. On considérait la tuberculose comme éliminée et la plupart des responsables de la santé estimaient qu'avec la chimiothérapie antituberculeuse on parviendrait à la maîtriser dans les pays pauvres. Manifestement, ces deux hypothèses se sont révélées fausses. La tuberculose n'a jamais été éliminée dans les pays riches et, dans le tiers monde, en plus des problèmes relatifs à la prise en charge des malades, la pauvreté, les guerres, la malnutrition ont laissé le champ libre à la maladie (Ryan, 1993 : 385). Il faut ajouter à cela l'augmentation des migrations humaines qui ont rapproché les malades des communautés saines (Brown, *Idem*).

Depuis le milieu des années 90, on a pu noter, sur le plan international, un regain d'intérêt pour lutter contre la tuberculose, stimulé par la conjonction de différents facteurs dont certains ont déjà été mentionnés : apparition de nombreux cas de tuberculoses multirésistantes dans les villes américaines au début de la décennie, augmentation du nombre de cas suite à l'apparition du VIH/Sida, pauvreté. En 1993, l'OMS qualifie la tuberculose d'urgence mondiale et appelle à une mobilisation générale des énergies et des ressources pour relancer la lutte antituberculeuse. Parallèlement, le rapport de la Banque Mondiale sur le développement

---

<sup>89</sup> La notion de maladie émergente recouvre non seulement l'apparition des pathologies jusqu'ici inconnues, mais encore toutes les maladies infectieuses dont l'incidence a augmenté au cours des dernières vingt années ( Prost, 2000 :17).

humain,<sup>90</sup> paru cette même année, qui montrait que la lutte contre la tuberculose était l'une des actions les plus rentables sur le plan de l'efficacité et du coût, intéressera grandement les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux. L'extension dans le domaine de la tuberculose des activités de beaucoup de grandes organisations non gouvernementales traditionnellement dévouées à la lutte contre la lèpre a aussi été un important facteur de relance des activités de lutte antituberculeuse (Trébuq, 2004).

En 1999, le partenariat « *halte à la tuberculose* » (Stop TB en anglais) a été créé ; hébergé par l'OMS, il réunit toutes les organisations gouvernementales, non gouvernementales et multilatérales intéressées par la lutte contre cette maladie. La Global Drug Facility (GDF), hébergée par le partenariat « *halte à la tuberculose* », s'assure de la qualité des médicaments et peut, sous certaines conditions, fournir gratuitement les médicaments antituberculeux aux pays les plus démunis. A côté du Green Light Committee dont l'objectif est de faciliter l'accès aux médicaments de deuxième ligne grâce à des tarifs préférentiels, une « *Alliance Mondiale pour le Développement des Antituberculeux* » a été créée pour soutenir la recherche et le développement de nouveaux médicaments. Des mécanismes de financement ont récemment été mis en place pour appuyer les programmes de lutte dans les pays à faibles revenus notamment par la création du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, décidée lors du sommet du G8 en juillet 2000 et qui commence à être opérationnel (Trébuq, *Idem*). Il faut dire que ce regain d'intérêt participe d'un mouvement global qui montre la reconnaissance de plus en plus manifeste que la lutte contre la maladie participe à la lutte globale contre la pauvreté. Ainsi, lors du sommet du millénaire en 2000, parmi les huit objectifs fixés pour réduire le fossé entre les pays riches et le reste de la planète (objectifs du millénaire pour le développement (OMD)),<sup>91</sup> trois concernaient directement la santé et un quatrième, ayant trait au partenariat mondial pour le développement, y faisait référence. En 2001, le Conseil de Sécurité des Nations Unies a pour la première fois débattu des conséquences de la pandémie de VIH/Sida à l'échelle du monde et cette même année l'Assemblée Générale des Nations Unies y consacrait une session spéciale. La santé dans les pays en développement sera également inscrite à

---

<sup>90</sup> Banque Mondiale, Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé. Indicateurs du développement dans le monde, Banque Mondiale, Washington.

<sup>91</sup> Réduire l'extrême pauvreté et la faim. Assurer l'éducation primaire pour tous. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Améliorer la santé maternelle. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Assurer un environnement durable. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement (en coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement) (<http://www.pnud.org>).

l'ordre du jour du sommet des chefs d'Etats du G8 à Evian en 2003 et à Sea Island aux USA en juin 2004 (Trébuq, 2004). Ainsi, la santé est devenue « *un sujet majeur de l'agenda international* » et « *l'amélioration de la santé est un bon indicateur de la solidarité internationale* » (Floury 2004 : 525). Cette implication qu'on pourrait dire « *extérieure* » ou « *externe* », indispensable dans ce secteur sous-financé, ne devrait pas détourner les Etats de leurs responsabilités budgétaires. En ce qui concerne la tuberculose, seule l'implication du budget des Etats dans l'approvisionnement en médicaments et en produits de laboratoire permettra d'espérer une pérennisation des approvisionnements (Trébuq, Idem).

Il est légitime de se demander, à la suite de ce qui a été présenté, pourquoi c'est la maladie du sommeil qui attire l'attention des administrations coloniales en Afrique, alors qu'à cette même époque la tuberculose décime les populations européennes. Trois réponses peuvent être proposées : l'inexistence d'un traitement antituberculeux (les premiers traitements efficaces ne seront disponibles qu'à la fin de la Deuxième Guerre mondiale), l'absence d'un dispositif de lutte contre la tuberculose en France,<sup>92</sup> le constat que la tuberculose ne constituait pas vraiment un problème de santé. Maladie chronique d'évolution lente, elle se répandait lentement et dès les années 70 on enregistre des taux de résistances aux médicaments antituberculeux qui mettent en évidence les difficultés de mise en œuvre des modes de traitement existants, les lacunes du système de santé et/ou l'absence d'une politique spécifiquement destinée à combattre la maladie.

## II- LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN

Les données concernant cette maladie à l'époque coloniale nous sont fournies grâce au rapport d'une enquête coordonnée par Calmette dans les possessions françaises d'Outre-mer. Les résultats de cette enquête seront repris dans les rapports d'une commission chargée par la SDN d'étudier le problème de la tuberculose et de la trypanosomiase dans les colonies françaises (voir Balfour & al., 1925). Les éléments suivants justifiaient la nécessité d'une pareille enquête : la tuberculose est très inégalement répandue dans les diverses régions du globe et elle est surtout fréquente chez les peuples civilisés ; sa diffusion est en rapport étroit avec l'intensité des échanges commerciaux et il semble bien que les Européens, qui sont les plus

---

<sup>92</sup> L'impulsion sera donnée par le retour des militaires réformés pour tuberculose pour lesquels il fallait de toute urgence créer des structures d'accueil et de prise en charge et surtout par la Mission Rockefeller qui, pendant cinq années, de 1917 à 1923, va parcourir la France avec son arsenal d'éducation populaire, construire et participer à la construction de dispensaires antituberculeux et de sanatoriums.

atteints, constituent les principaux véhicules de l'infection à travers le monde. De cela, il découle qu'« *il serait extrêmement profitable à nos connaissances sur l'étiologie de cette maladie si meurtrière, de pouvoir observer la manière dont elle se répand et les formes qu'elle affecte dans un pays jusqu'alors indemne* » (Calmette, 1912 : 497).

Pour collecter les données, il avait été adressé aux médecins ayant accepté de participer à l'enquête, en même temps qu'une provision de tuberculine, une instruction portant sur l'administration de celle-ci et un questionnaire sollicitant des renseignements sur la fréquence et les formes de tuberculoses observées, le mode d'alimentation des jeunes enfants, l'existence et la fréquence de la tuberculose bovine dans le pays. L'enquête devait être faite dans les écoles et dans les villages indigènes et les résultats classés autant que possible suivant l'âge des sujets : de zéro à un an, de un à quinze ans et au dessus-de quinze ans.

Au terme de l'enquête, Calmette peut dégager les conclusions suivantes : dans les régions tropicales, la fréquence de la tuberculose est en rapport direct avec la civilisation. Elle est extrêmement rare parmi les populations indigènes de race noire, dans les pays où l'Européen n'a pénétré que depuis peu d'années ; mais la proportion des sujets contaminés s'accroît chez elles avec l'intensité des échanges commerciaux et de l'immigration étrangère. Aucune des races indigènes peuplant les colonies françaises ne présente d'immunité contre l'infection tuberculeuse. Les races qui se montrent le plus sensible sont les dernières venues à la civilisation : Polynésiens de l'Océanie, Nègres de l'hinterland africain. Par contre, dans les anciennes colonies françaises de la Réunion et des Antilles (Martinique et Guadeloupe), l'infection tuberculeuse est à peu près aussi intense que dans les grandes villes européennes : 81% à la Réunion chez les sujets âgés de plus de 15 ans et 57% à la Martinique (Calmette, 1912 : 500). Dans les colonies les plus récentes, on constate que le nombre des sujets infectés progresse partout où des établissements européens ont été créés et que, progressivement, les formes de tuberculose observées sont d'autant moins graves que l'infection est plus répandue et plus ancienne. « *Tout comme les singes transportés des forêts africaines dans nos villes d'Europe, les hommes qui sont nés et qui ont grandi à l'abri de l'infection tuberculeuse, ... se contaminent avec la plus grande facilité lorsqu'ils se trouvent exposés à un contact infectant. En outre, la tuberculose affecte constamment chez eux des formes graves (granulie ou phtisie à évolution rapide). Par contre, là où l'infection bacillaire est depuis longtemps répandue, le nombre de sujets chez lesquels les réactions tuberculiques locales révèlent l'existence de lésions latentes ou occultes, est énorme ; la contamination est alors précoce : elle s'effectue dès le jeune âge et les formes de tuberculose observées sont presque toujours*



*chronique, avec tendance aux localisations osseuses, articulaires ou viscérales* » (Calmette, *Idem* : 500).<sup>93</sup>

Ziemann, qui est chargé de l'enquête au Cameroun, note que la tuberculose est très rare et que la contamination n'a pas encore atteint certaines tribus. Il souligne que le risque de voir la tuberculose se transmettre à la tribu Douala dont le contact fréquent avec les tribus de l'intérieur pourrait favoriser la diffusion de la maladie semble diminuer, dans la mesure où tous les Allemands sont astreints à la visite médicale avant de quitter l'Allemagne et autant que possible, les tuberculeux ne sont pas autorisés à émigrer. Il ne constatera pour le Cameroun aucun cas de tuberculose bovine.

Lorsque la France prend possession du Cameroun suite à la défaite de l'Allemagne lors de la Première Guerre mondiale, Gustave Martin écrit ceci : « *Si la tuberculose osseuse et articulaire n'est pas rare à Douala, la tuberculose pulmonaire est plus exceptionnelle et les hospitalisations pour cette dernière affection ne sont pas fréquentes. Les médecins de l'intérieur ont la même impression. La tuberculose reste rare, dit le docteur Cartron, dans les régions du Nord Cameroun* » (Martin, 1921 : 97).

Au début des années 30, la situation reste non préoccupante et Chazelas (1931 : 171) peut affirmer : « *Parmi les maladies sociales, la tuberculose reste rare au Cameroun ; à la suite d'une enquête menée en 1928 dans les diverses circonscriptions mais ne portant que sur les cas avérés avec présence de bacille de Koch dans les crachats, et en l'absence de toute cuti-réaction, il a été signalé sur 193 557 indigènes consultants ou hospitalisés seulement 86 cas de tuberculose bactériologiquement confirmé, ce qui représente une proportion de 0,44%. Le plus grand nombre de cas a été trouvé dans les villes ou les grands centres où l'indigène se trouve en*

---

<sup>93</sup> Kérandel qui avait participé à cette enquête se refusait d'accepter le point de vue selon lequel l'origine de la tuberculose coïncidait avec la pénétration européenne. Il estimait qu'elle avait pu être introduite, depuis des siècles, dans le Soudan par des caravanes traversant le Sahara, des Arabes du Tchad ou par les Peuls. Les premiers médecins, notait-il, qui ont visité l'intérieur des colonies en prenant part à des explorations ou en accompagnant les forces expéditionnaires avait trouvé des cas de tuberculose même dans les parties les plus reculées du Soudan et du Tchad. Sans doute la maladie rencontra-t-elle un obstacle à son développement, car, soulignait-il, elle est très rare aujourd'hui à l'intérieur. Kérandel ne faisait pas le rapport entre la rareté de la maladie à l'intérieur et l'absence de moyens de communication. Il l'attribuait au mode de vie « *naturel* » des indigènes censé ne pas favoriser la diffusion de la maladie. Par contre, dans les villes, où ils avaient modifié leur façon de vivre, la maladie était plus répandue. Au Congo français, signalait-il par ailleurs, les renseignements relatifs à la tuberculose sont très peu nombreux, « *l'attention du personnel médical s'étant toujours portée, dans cette région, sur la maladie du sommeil* ». Il notait tout de même que la maladie s'accroissait dans les régions où les indigènes étaient en contact avec les Européens, c'est-à-dire dans les ports de mer, le long des fleuves et des artères commerciales (Balfour & al., 1925 : 13).

*contact avec de plus nombreux européens que dans la brousse (24 cas à Douala, 15 à Yaoundé, 29 à Dschang) ». La présentation des rapports annuels atteste la rareté de l'affection, englobée dans les « affections pulmonaires » ou les « maladies sociales ».*

En l'absence de tout traitement contre la tuberculose et même si elle ne semblait pas constituer une menace, les mesures prophylactiques avaient été prises par l'administration française : dépistage des enfants dans les PMI, vaccinations au BCG, mesures d'hygiène d'habitation et de vie, conseils diététiques pour les malades. Les infirmières visiteuses d'hygiène étaient chargées d'assurer le respect de ces mesures. Lorsque les traitements seront disponibles, ils seront administrés dans les dispensaires antituberculeux et plus tard les services de pneumo-physiologie construits dans différentes villes du pays.

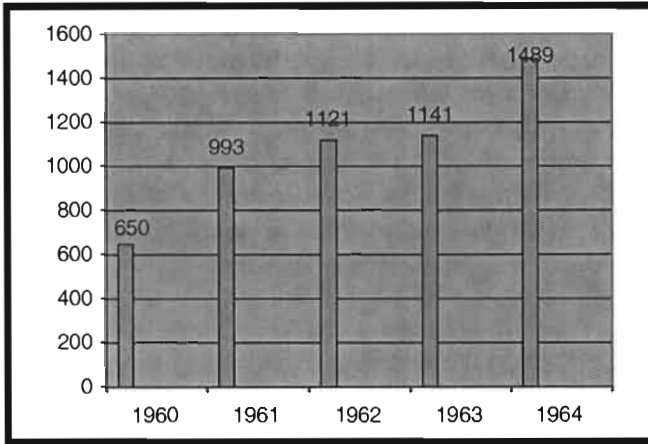
La tuberculose s'était certainement répandue suite à la pénétration européenne, mais son emprise sur la population ne semblait pas aussi importante que celle de la maladie du sommeil qui était déjà passée au stade épidémique. Maladie chronique d'évolution lente, elle faisait certainement ses ravages silencieusement et discrètement, tout comme aujourd'hui, ceci à cause des caractéristiques de cette affection qui à ses débuts s'apparente à une simple bronchite, jusqu'à ce que l'amaigrissement, les sueurs nocturnes, voir l'hémoptysie finissent par alerter le malade et son entourage. Par ailleurs, si la tuberculose était déjà connue des Africains, elle entrait certainement dans une catégorie nosologique bien précise, pour laquelle on ne se présentait peut-être pas à l'hôpital. La majorité des consultants, avait noté Martin (1921 : 94), était « amenée à la visite pour des lésions externes, généralement banales d'ailleurs : menus traumatismes, plaies ulcérées, sur lesquelles l'effet de la thérapeutique européenne est facile à constater. Il est beaucoup plus difficile d'obtenir d'eux l'assiduité pour les affections internes où les résultats appréciables sont moins visibles et moins rapidement obtenus ». Pour ces raisons, il est vraiment difficile d'apprécier l'emprise de la tuberculose sur les populations pendant la période coloniale. Soulignons cependant que si sur un plan général la tuberculose ne posait pas de problème urgent de santé, dans les plantations et sur les chantiers, elle décimait les travailleurs. Des infirmeries y avaient été construites mais, en l'absence de traitement, les malades étaient simplement renvoyés dans leurs villages d'origine et remplacés par d'autres travailleurs. L'idée que les populations locales avaient de cette maladie est aujourd'hui difficile à saisir, les rapports des médecins restant en général muets sur cet aspect de la question. Il reste tout de même qu'elle a marqué les esprits et, comme nous allons le voir, qu'elle était associée à la mort.

Lorsque l'Institut Pasteur est créé en 1959, l'un de ses objectifs est de répondre à toute demande d'examen biologique formulée par les services de la santé publique, les hôpitaux de missions ou les praticiens privés. Ainsi ses rapports annuels permettent de saisir la fréquence des examens de crachats demandés et le nombre de résultats positifs enregistrés, donc d'avoir une idée de l'incidence de la tuberculose. Jusqu'au début des années 70, très peu de cas sont signalés ; en 1959, le service d'anatomie pathologique enregistre un seul cas de tuberculose pulmonaire, 4 entre 1960 et 1962, un seul cas en 1964 et aucun en 1963. En 1965, rien n'est indiqué à propos du service de mycobactériologie et jusqu'en 1970 on n'a aucune statistique précise sur la tuberculose. La jeunesse de l'institution, les problèmes de fonctionnement, ajoutés à l'environnement politique de l'époque, peuvent expliquer cette irrégularité. « *En effet, notera le Directeur de l'Institut, cette jeune filiale ... a dû suivre et s'adapter à l'évolution du nouvel Etat dont elle porte le nom. Au 1<sup>er</sup> janvier 1959, elle succédait à un « centre de recherches médicales du Cameroun » ... simple laboratoire de clinique hospitalière. Si l'apport matériel fut important, nos servitudes au départ ne l'étaient pas moins et nous obligeait à répondre à la totalité des examens cliniques demandés par les services de la Santé Publique du Centre et du Nord du Cameroun. A cette même date du 1<sup>er</sup> janvier 1959, l'Etat du Cameroun obtenait son autonomie interne. Au 1<sup>er</sup> janvier 1960, c'était l'indépendance de la République du Cameroun. Au 1<sup>er</sup> octobre 1961, c'était la réunification des deux Camerouns, ... en une seule République Fédérale... Cette évolution politique entraînait de lourdes tâches d'organisation. ... L'Institut Pasteur du Cameroun a donc dû continuer à supporter durant ces trois années les mêmes servitudes qu'en 1959, suivre les transformations apportées par les événements politiques et répondre à des demandes nouvelles : contribuer notamment dans la mesure de ses moyens à l'édification des Services de la Santé Publique en instruisant et en formant des techniciens de laboratoire. L'évolution politique achevée, l'organisation en profondeur des Services de la Santé Publique va se poursuivre* » (Gamet, 1963 : 5-6). En 1965, un rapport présenté à la première conférence technique de l'OCEAC nous permet de mieux apprécier la situation qui à ce moment-là est déjà inquiétante.

Le Cameroun, en ce qui concerne l'équipement sanitaire pour la prise en charge des tuberculeux, dispose alors d'un service de phtisiologie pouvant accueillir 100 malades à Douala et d'un service de pneumo-phtisiologie de 241 lits à Yaoundé dont 161 réservés aux tuberculeux. Trois dispensaires antituberculeux fonctionnent à Yaoundé, Douala et Maroua. Le traitement se déroule en deux phases : une phase d'attaque hospitalière, suivie du traitement ambulatoire. La durée moyenne de la phase d'attaque n'est pas précise, ni les conditions de sortie des maladies (négativation bactériologique

ou non). Des certificats d'invalidité temporaire ou totale sont remis aux malades pour exonération d'impôt. Il est indiqué qu'aucune éducation sanitaire contre la tuberculose n'est effectuée. 25 558 vaccinations au BCG avaient été effectuées en 1964. Le rythme général, qui était de 100 000 par an en 1961, s'était fortement ralenti pour des raisons financières. Quant au nombre de cas, il a plus que doublé de 1960 à 1964 comme le montre le graphique ci-après :

**Figure 1 : Cas de tuberculose déclarés de 1960 à 1964**



Les formes pulmonaires sont les plus courantes et sur 526 malades dépistés à l'hôpital de Yaoundé, on compte 485 tuberculoses pulmonaires. En ce qui concerne les résultats du traitement, environ 25% des malades traités à titre externe sont perdus de vue avant la fin de leur traitement. À Yaoundé, un service social pratique des enquêtes à domicile et recherche systématiquement les contacts. Cela n'empêche cependant pas la disparition des malades. Si on prend l'exemple du dispensaire antituberculeux de Yaoundé, on note sur 3174 dossiers de malades, qu'il y en a eu 1496, soit 47,1%, de perdus de vue, disparus, évadés, 253 de décédés, soit 8%. On a enregistré un pourcentage de guérison de 20,9% (664 malades) et 3,8% ont été considérés comme incurables. Autrement dit, plus de la moitié des malades (58,9%) est soit disparue, décédée ou incurable. Il est signalé que le retard des livraisons et la casse ou l'altération de certains médicaments ont entraîné des traitements incomplets.<sup>94</sup> A partir de 1971, on est frappé par le nombre d'examens réalisés à l'Institut Pasteur, qui feront d'ailleurs penser à assurer au laboratoire de la tuberculose une indépendance totale vis-à-vis du service de bactériologie dont il faisait jusque-là partie.

<sup>94</sup> Rapport final de la première conférence technique de l' OCCGEAC, Yaoundé du 7 au 11 décembre 1965.

**Tableau 2 : Proportion d'examens réalisés à l'Institut Pasteur du Cameroun en 1971**

	Nombre	positifs
Crachats Yaoundé	1000	386
Crachats reçus de l'extérieur		
Douala	68	57
Bangangté	8	7
Ebolowa	5	4
Bafang	2	1
Mbouda	1	1

**Source :** Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur de la République Fédérale du Cameroun, année 1971.

Si en 1973 la quantité d'examens en provenance de Yaoundé baisse considérablement, on note que le pourcentage de crachats positifs est bien plus important qu'en 1971 et ne va pas cesser de s'accroître comme le montrent les tableaux suivants, qui présentent la situation en 1973 et en 1974.

**Tableau 3 : Proportion d'examens réalisés à l'Institut Pasteur du Cameroun en 1973**

	Nombre	Positifs
Crachats Yaoundé	586	342
Crachats reçus de l'extérieur	193	94
Garoua (Nord Cameroun)	26	8
Victoria (Cameroun occidental)	15	2
Mokolo (Nord Cameroun)	11	9
Mbouda (Ouest Cameroun)	5	2
Maroua (Nord Cameroun)	2	0
Garoua Boulai (Est Cameroun)	1	0

**Source :** Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut Pasteur de la République Unie du Cameroun, année 1973.<sup>95</sup>

<sup>95</sup> On notera cette même année une résistance « *anormalement élevée* » à l'éthionamide.

**Tableau 4 : Proportion d'examens réalisés à l'Institut Pasteur du Cameroun en 1974**

Cultures	Pratiquées	Positives
Crachats (Yaoundé)	361	235
Crachats reçus de l'extérieur		
Douala	29	18
Ngaoundéré	32	13
Bangangté	20	9
Yagoua	7	3
Mokolo	6	4
Garoua	4	1
Victoria	4	2
Mbouda	2	1
Garoua-boulaï	5	-
Efok	2	-
Edéa	1	-

**Source :** Rapport sur le fonctionnement technique de l'Institut pasteur de la république unie du Cameroun, année 1974.

A partir des années 80, des enquêtes révèlent divers problèmes relatifs à la prise en charge des malades. Celle de Delhome & al. (1983), effectuée sur le fichier des malades admis au service de Pneumo-physiologie de l'hôpital Jamot de Yaoundé de 1978 au premier semestre 1982, montre qu'avec le traitement d'un an 54,2% des sujets sont négativés en un an et que le quota des disparus atteint 35,2%. Deux remarques sont à faire en ce qui concerne la chronologie des disparitions : 28,6% des disparitions se font dans les deux premiers mois, c'est-à-dire à la phase d'attaque hospitalière ; il ne suffit donc pas d'hospitaliser un malade pour le convaincre de se traiter ; 36,7% des disparitions ont lieu après le 6<sup>ème</sup> mois.

Cette enquête avait été complétée par une autre étude réalisée grâce aux dossiers de 447 autres malades (Heyraud & al., 1984). Les objectifs étaient de déterminer la répartition des tuberculoses selon leur localisation clinique, de définir la distribution par âge et par sexe à la recherche de groupes cibles, de connaître l'importance de la bacilloscopie dans le diagnostic des formes pulmonaires et d'évaluer le devenir des malades après une année de traitement.

« L'incidence déclarée des tuberculoses croît d'année en année à Yaoundé », notaient les auteurs de l'étude (Delhome & al., *Idem* : 49). Plus de 80% des tuberculoses observées sont des formes pulmonaires à bacilloscopie positive. La forte prédominance masculine, 69,1% des cas pour

31,9% des cas chez la femme est classiquement retrouvée ; les incidences les plus fortes concernent les groupes d'âge de 21-30 ans (36,2%) et 31-40ans (18,8%). La maladie s'étend à toutes les couches socioprofessionnelles. Le traitement s'effectue en deux phases : une phase starter de 45 jours pendant laquelle le malade est hospitalisé. Une phase d'entretien de 45 semaines, ambulatoire, pendant laquelle le malade reçoit les médicaments deux fois par semaine.

Tout le problème soulevé par ce traitement long, soulignaient les auteurs, est celui de son acceptabilité par le malade et de son efficacité au bout d'un an. Sur l'ensemble des 447 malades tuberculeux, 220 (49,2%) ont guéri, 13 sont décédés (2,9%), 21 (4,7%) ont rechuté soit par abandon rapide du traitement, soit par irrégularité, 193 (43,2%) ont disparu. La séquence des disparitions en fonction du temps montre que 50% des malades disparaissent avant 6 mois et 50% après 6 mois de traitement. Les mêmes problèmes semblaient se présenter dans d'autres régions du Cameroun, notamment à Bafoussam où l'enquête de Mfonfu (1985) sur un échantillon de 99 malades dépistés et soignés au dispensaire de Baleng (centre antituberculeux de Bafoussam) en 1983 et 1984 a permis de constater que parmi les 72 malades qui auraient dû terminer leur traitement à la fin du mois de février 1985, 54,2% avaient été déclarés guéris, 33,3% disparus, 4,2% évacués, 8,3% décédés.

Ces études limitées dans l'espace ne permettent pas finalement de saisir l'ampleur du problème posé par la tuberculose au Cameroun. Trébucq & Aït-Khaled (1994 : 4) l'avaient également noté : « *Il est difficile, écrivaient-ils, de chiffrer avec précision le problème posé par la tuberculose au Cameroun* ». On peut tout de même remarquer que l'incidence n'a pas cessé d'augmenter et qu'entre 1987 et 1993 le nombre de cas va plus que doubler.

**Tableau 5 : La tuberculose au Cameroun : 1987-1994**

Provinces	Population <sup>96</sup> 1994	1987		1988		1989		1992	1993 <sup>97</sup>	ESTIM 1994 <sup>98</sup>
		TOTAL	BK+	TOTAL	BK+	TOTAL	BK+			
Adamaoua	609 000	133	105	142	119	130	81	360	253	320
Centre	2 031 000	902	411	1763	933	1870	1030	3008	3015	1066
Est	636 000	173	114	164	98	313	282	320	104	334
Extrême Nord	2 282000	645	487	771	618	933	800	608	632	1197
Littoral	1 663 000	912	875	966	933	1000	970	1760	2352	873
Nord	1 023 000	281	253	303	205	342	304	500	575	537
Nord-ouest	1 521 000	107	83	142	123	235	177	250	204	799
Ouest	1 647 000	313	236	314	271	276	246	408	604	865
Sud	460 000	315	269	309	264	230	214	300	276	242
Sud-ouest	1 030 000	97	59	108	107	192	184	300	360	541
Cameroun	12 902000	3878	2892	4982	3671	5521	4288	7814	8375	6774

**Source:** Trébuq & Aït Khaled, 1994: 5.

Ces statistiques élaborées sur la base de compilations faites au niveau du ministère de la Santé ne restituent pas la réalité. En effet, en estimant le Risque Annuel d'Infection (RAI) à 1,5%, le pays comptant 12 millions d'habitants en 1994, environ 9000 cas de TPM+ devaient être notifiés cette année-là. Si on estime la prévalence des cas à deux fois l'incidence, il y avait 18 000 personnes souffrant de tuberculose pulmonaire à microscopie positive en 1994 (Trébuq & Aït-Khaled, 1994).

### III- LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE AVANT LE PNLT

#### 1- Une lutte antituberculeuse, mais laquelle ?

Il est très difficile de savoir en quoi consistait exactement la lutte contre la tuberculose avant la mise sur pied du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Figurant dans les textes en tant que PNT (Programme national tuberculose) ou LAT (lutte antituberculeuse), aucune indication ne permet de saisir les objectifs et l'ensemble des activités

<sup>96</sup> Ministère du Plan et de l'Aménagement du territoire, 1993, Indicateurs démographiques sur le Cameroun, Yaoundé, Minpat.

<sup>97</sup> Pour 1992 et 1993, la répartition selon le statut bactériologique n'est pas disponible.

<sup>98</sup> Les estimations pour 1994 ne concernent que les nouveaux cas TPM+ notifiés attendus ; elles ont été calculées en prenant un Risque Annuel d'Infection (RAI) de 1,5%, soit 75 nouveaux cas TPM+ pour 100 000 habitants, avec un taux de détection de 70% (Trébuq & Khaled, 1994 : 5).



du programme ; on se demande aussi si PNT et LAT<sup>99</sup> sont deux expressions désignant la même chose ou alors s'il s'agit d'un changement de politique s'inscrivant également dans les termes employés pour désigner l'ensemble des activités comprises dans la nouvelle programmation. La LAT apparaît comme une réalité présente, diffuse, difficile à cerner. Un programme aurait été établi en 1983, mais sur le terrain il était totalement inconnu, semblait obsolète et aucune directive technique n'avait été élaborée depuis lors (Trébuq & Aït-Khaled, 1994 ; Minsanté, 2003).

Depuis le début des années 80, des études ont été menées pour évaluer et renforcer la « *lutte contre la tuberculose* » dans les Etats membres de l'OCEAC.<sup>100</sup> Dans les publications faisant suite à ces travaux, il est souvent fait allusion au PNT ou à la LAT. En quoi consistait-elle ? Un texte de Le Moal & al (1991), basé sur un questionnaire d'évaluation adressé à tous les départements, et une enquête de terrain réalisée dans 18 départements, jointe au rapport de deux consultants de l'UICMR (à laquelle le Cameroun a adhéré en 1985) dont la visite au Cameroun avait pour but de faire le point de la situation, de faire avancer le projet de PNLT et de voir comment dynamiser les différents intervenants (Trébuq & Aït-Khaled, *Idem*) nous en donne une idée. La lutte antituberculeuse était organisée en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Au niveau du ministère de la Santé (niveau central), un bureau Lèpre-Tuberculose était chargé de la planification du programme et de la coordination des activités de lutte contre la tuberculose. Mais en l'absence de moyens de financement, son activité se limitait à la compilation de statistiques en provenance des provinces et des départements (Trébuq & Aït-Khaled, *Ibid.*). Au niveau intermédiaire, elle était placée sous la responsabilité du chef de Service Provincial de la médecine Préventive et Rurale, secondé dans sa tâche par le superviseur Lèpre-Tuberculose. Son rôle était d'appliquer au niveau provincial les composantes du PNT, d'assurer l'approvisionnement des formations périphériques en médicaments et produits de laboratoire, de superviser les activités en périphérie, d'analyser et de faire les synthèses statistiques pour le niveau central. Au niveau périphérique, le PNT était sous la responsabilité du chef du centre départemental de Médecine Préventive et rurale. Secondé par un contrôleur Lèpre-Tuberculose, son rôle était de conseiller et d'aider le personnel sanitaire à introduire, étendre et superviser le dépistage de la tuberculose dans toutes les formations sanitaires, de décider des mises sous

---

<sup>99</sup> Il me semble que la LAT désigne la lutte antituberculeuse ou les activités concrètes menées dans le cadre de cette lutte et le PNT (Programme National Antituberculeux) la stratégie ou la politique de cette lutte.

<sup>100</sup> Voir Delolme & al., (1984) et (1985) ; Heyraud & al., (1984); Le Moal & al., (1991).

traitement, de tenir à jour les registres, fiches et divers documents relatifs à la tuberculose, d'établir régulièrement les fiches statistiques.

En terme de structure, la LAT s'appuyait sur 2 services de pneumo-phtisiologie à Douala et à Yaoundé, dix dispensaires antituberculeux, dont un par province et sur l'ONAPHARM (Office National Pharmaceutique<sup>101</sup>), pour l'approvisionnement en médicaments. Le budget de fonctionnement, difficile à évaluer car réparti aux différents niveaux sans spécification, était de 30 000 000 de francs CFA au niveau central, 25 000 000 de francs à l'ONAPHARM pour l'achat des médicaments antituberculeux et 5 000 000 de francs gérés par la Direction de la Médecine préventive pour la supervision et la formation (Le Moal & al., 1991).<sup>102</sup>

Jusqu'en 1987-1988, la lutte contre la tuberculose était entièrement supportée par le Ministère de la Santé Publique. Le diagnostic, le traitement et l'hospitalisation étaient gratuits. La crise survenue à la fin des années 80 a entraîné une baisse du budget du fonctionnement du ministère et, en dehors du versement des salaires, l'arrêt du financement de toutes les autres activités. En ce qui concerne la tuberculose, cela a entraîné l'arrêt de la prise en charge gratuite des malades. Vers la fin des années 80 et au début des années 90, lorsque le gouvernement a adopté « *la Réorientation Des Soins de Santé Primaires* » ou « *initiative de Bamako* », la tuberculose n'a pas été identifiée comme devant recevoir une attention particulière. « *L'absence de directives techniques nationales et l'intégration de la LAT dans le système général de recouvrement des coûts font que la situation de ce secteur est particulièrement dramatique* » (Trébucq & Aït-Khaled, 1995 :1).

Jusqu'en 1990, le régime thérapeutique le plus utilisé quelle que soit la forme de tuberculose s'étalait sur douze mois. En l'absence de directives nationales, les protocoles thérapeutiques variaient d'une province à l'autre et à l'intérieur d'une même province, les protocoles<sup>103</sup> d'une durée d'un

---

<sup>101</sup> Aujourd'hui l'approvisionnement en médicaments est géré par la CENAME.

<sup>102</sup> Données générales sur la santé en 1991 : le budget de la santé publique est de 23,8 milliards de FCFA, représentant 4,5% du budget de l'Etat. Les salaires du personnel représentent 82% du budget santé. Formations sanitaires gérées par l'Etat : 6 hôpitaux centraux, 8 hôpitaux provinciaux, 34 hôpitaux départementaux, 159 hôpitaux d'arrondissement, 162 CS développés, 409 CS élémentaires, 232 CS communaux, soit un total de 1010 formations sanitaires gérées par l'Etat. Formations sanitaires non gérées par l'Etat : 474 dont 145 formations laïques, 329 formations confessionnelles. Personnel de santé : 945 médecins ; 1 médecin pour 11 000 habitants. 11064 infirmiers dont 6053 techniciens, infirmiers diplômés d'Etat et brevetés et 5011 aides soignants pour un ratio de 1 infirmier pour 1000 habitants.

<sup>103</sup> Chaque régime est symbolisé de la manière suivante : les médicaments administrés sont symbolisés par une lettre majuscule (S : streptomycine, E : Ethambutol, H : Isoniazide, R : Rifampicine, RH : combinaison Rifampicine-Isoniazide); le chiffre qui précède les lettres

an (2SHE/10S<sup>2</sup>H<sup>2</sup> ou 2SHE/10E<sup>2</sup>H<sup>2</sup>) étant les plus fréquemment rencontrés (32 départements sur 41 dans l'enquête de Le Moal & *al.*, 1991). Les traitements « courts » (6 à 8 mois), non standardisés à cause la non-disponibilité de la rifampicine et du pyrazinamide, étaient néanmoins utilisés par certaines formations sanitaires privées ou pour les malades en mesure de se procurer leurs médicaments dans les officines privées. A la suite de leur visite, les deux consultants de l'UICMR écrivaient : « *Chaque structure sanitaire interrogée durant notre visite avait son propre schéma thérapeutique de première ligne, toujours différent des autres ; seul le Sud-ouest semble avoir un régime standardisé sur l'ensemble de la province. Partout le traitement est payant* » (Trébuq & Aït-Khaled, 1994 :1). Le tableau ci-après permet d'avoir une idée des coûts du traitement.

**Tableau 6 : Les régimes thérapeutiques utilisés, leur coût et le prix de 2 mois d'hospitalisation (en FCFA) selon les structures hospitalières**

Structure	Régime	Coût régime	Prix hospitalisation
Hôpital Jamot	2ERHZ/4RH	107 900	20 000
Hôpital de Garoua	2RHE/6RH	35 000	500
Hôpital de Figuil	12RHE	78 500	gratuit
Province Extrême Nord	2RHZ/4R3H3	24 000	non disponible
CS de Djarengol	2RHE/4RH	35 000	pas de lits
Province Sud-Oues	2RHZ/4RH	15 300	gratuit à Limbé

Source : Trébuq & Aït-Khaled, 1994 : 8.

Le diagnostic reposait essentiellement sur l'examen des crachats. Le dépistage était passif. Etaient suspects les malades touseurs, cracheurs, amaigris. Le dépistage s'effectuait également chez les sujets contacts. Un nombre important d'examens complémentaires tant radiologiques que biologiques était systématiquement demandé ; tous ces examens étaient payants. Le simple examen des crachats était lui-même facturé entre 1000 et 3900frs CFA, ce qui le rendait difficilement accessible. « *Il existe manifestement un filtre sévère avant que le malade ait accès au seul examen qui signe sa maladie...la qualité de la plupart des microscopes vus lors de cette visite est médiocre et leur entretien défectueux. Les lampes sont souvent*

---

majuscules indique le nombre de mois d'administration des médicaments. Si une lettre est suivie d'un chiffre en indice, ce chiffre indique le rythme d'administration hebdomadaire. Si la lettre n'est pas suivie d'un chiffre, le médicament est pris quotidiennement (Aït-Khaled & Enarson, 1999).

*cassées et remplacées par des moyens de fortune peu performants* » (Trébuq & Aït-Khaled, 1995 : 9). Les lames étaient le plus souvent réutilisées, et les techniques de coloration variaient d'un centre à un autre. Certains départements ne disposaient plus de réactifs de laboratoire ; d'autres n'avaient plus qu'un seul médicament antituberculeux or la règle est d'employer au minimum une bithérapie en entretien et une trithérapie en phase initiale (Trébuq & Aït-Khaled, *Idem* ; Le Moal & al., 1991).<sup>104</sup> Dans aucun des endroits visités, notaient encore les deux consultants, le malade ne paie en une seule fois la totalité de son traitement, ce qui n'est guère surprenant, car la somme demandée dépasse les capacités financières de la majorité des malades. Dans le Sud-Ouest, une instruction de la délégation provinciale précisait que tout le traitement devait être payé d'un coup et la somme minimale requise était 7000frs. Cette instruction n'était pas respectée. Cet état de chose était aggravé par d'autres frais liés à la réalisation d'examen complémentaires, qu'il était selon Trébuq & Aït-Khaled (*Ibid.*) inutile de prescrire de manière systématique : radiographie, sérologie VIH, Numérotation Formule Sanguine NFS, vitesse de sédimentation, etc. L'inaccessibilité du traitement avait comme conséquence la prise discontinuée des médicaments, dépendant de la situation financière du patient et de sa perception de son état de santé. « *La situation ainsi créée est optimale pour l'utilisation de monothérapies menant au développement de résistances et compromettant toute possibilité thérapeutique dans l'avenir* » (Trébuq & Aït-Khaled, *Ibid.* : 8).

## **2- La résistance au traitement, baromètre de la lutte antituberculeuse**

De juillet 1994 à juillet 1997, une étude a été menée dans quatre hôpitaux sentinelles<sup>105</sup> choisis sur la base de leur grande activité reconnue dans la prise

---

<sup>104</sup> En 1985, une enquête par questionnaire sur le réseau de dépistage bacilloscopique des mycobactérioses au Cameroun (Heyraud & al., 1985) avait permis d'identifier ces « *problèmes communs aux différentes structures de dépistage de la tuberculose* » ; il s'agissait principalement du ravitaillement insuffisant et irrégulier en colorants, réactifs et consommables (lames et crachoirs) de laboratoire et des dotations également irrégulières et insuffisantes en petit matériel. Le Cameroun était encore, pour employer une expression de Aerts & al., (2000), en plein « *boom pétrolier* ».

<sup>105</sup> Une étude nationale aurait été plus intéressante. Cependant, elle ne pouvait encore être réalisée. D'une part, le Centre Pasteur du Cameroun était alors, et est encore, le seul laboratoire capable de mener une étude sur la résistance des bacilles tuberculeux dans le pays et d'autre part, le pays ne possédait pas les infrastructures qui auraient permis l'organisation correcte du recueil et du transport des échantillons pour une telle étude. Néanmoins, les 4 centres sentinelles choisis étant reconnus pour leur grande expérience dans la prise en charge

en charge des malades tuberculeux, pour évaluer la résistance des malades aux médicaments antituberculeux : l'hôpital Jamot à Yaoundé dans la province du Centre, l'hôpital presbytérien de Sakbayémé, proche de Douala dans la province du Littoral, l'hôpital Ad Lucem de Mbouda dans la Province de l'Ouest et l'hôpital provincial de Garoua dans la province du Nord. Tous les malades âgés de 15 ans et plus atteints de tuberculose pulmonaire à microscopie positive et non antérieurement traités étaient inclus dans l'étude. Au total, 986 patients répartis en 613 hommes (62,2%) et 373 femmes (37,8%) composaient l'échantillon. Leur âge variait de 15 à 84 ans. Une culture de mycobactéries fut obtenue à partir des échantillons d'expectorations de 882 malades sur les 986 étudiés (89,5%). Parmi les 882 souches étudiées, 641 (72,7%) étaient sensibles à tous les médicaments antituberculeux testés alors que 241 (27,3) étaient résistantes à au moins un médicament. Ce taux de résistance initiale était plus bas à Garoua (17,7%) et plus élevé à Sakbayémé (32%). A Mbouda, il était de 22,4%, de 28% à Yaoundé. Les auteurs remarquaient néanmoins que la différence observée entre les centres n'était pas statistiquement significative. La résistance initiale à un seul médicament antituberculeux était la plus fréquente, observée chez 185 malades (21%). La résistance à la streptomycine arrivait en premier, suivie de la résistance à l'isoniazide quel que soit le centre (Bercion & al., 1998). Une étude semblable avait été menée de juillet 1994 à décembre 1995 au centre antituberculeux de l'hôpital Jamot de Yaoundé, principal centre de prise en charge et de traitement de la tuberculose pour Yaoundé et ses environs. Au total, 576 malades furent inclus dans l'étude, répartis en 346 hommes (60,1%) et 230 femmes (39,9%). Leur âge variait de 15 à 84 ans. Une culture de mycobactéries avait été obtenue à partir des échantillons d'expectorations de 516 malades sur les 576 étudiés (89,6%). Parmi ces 516 patients ayant une culture positive, 92 (17,8%) étaient séropositifs pour le VIH. Parmi les souches étudiées, 352 (68,2%) étaient sensibles à tous les antituberculeux testés, alors que 164 (31,8%) étaient résistantes à au moins un antituberculeux. La résistance à un seul médicament était la plus fréquente, observée chez 129 malades (25%). On notait une résistance à la streptomycine de 20,5%, suivie de la résistance à l'isoniazide (12,4%). La résistance à deux antituberculeux avait été observée chez 30 malades (5,8%) et la résistance à plus de deux antituberculeux chez 5 patients (1%) (Bercion & Kuaban, 1997). Suivant les données de ces études, un quart des malades tuberculeux ne pouvait parvenir à la guérison complète.

---

des tuberculeux, les malades inclus dans l'étude pouvaient être considérés comme un reflet adéquat de la population des malades tuberculeux du Cameroun (Bercion & al., 1998).

### 3- La naissance du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)

Au terme de leur visite, les consultants de l'UICMTR avaient rédigé un rapport faisant un bilan de l'état des lieux avec des propositions concrètes pour la création d'un PNL. Parmi les recommandations, figurait un engagement politique du gouvernement sans lequel une telle entreprise ne pouvait réussir. Par engagement politique, il était entendu : l'identification de la LAT comme priorité des actions de santé à cause de son importance (la tuberculose est la première cause de mortalité évitable chez l'adulte jeune) et de la rentabilité des techniques modernes de lutte, la reconnaissance que la LAT ne pouvait entrer dans le système de recouvrement des coûts comme les autres maladies (le prix que le patient doit payer est prohibitif et ne peut entraîner la guérison de la majorité des malades, le mauvais suivi induit de la sorte représente un risque majeur de développement des résistances aux antituberculeux), la mise en place de moyens permettant de rendre le diagnostic bactériologique et le traitement médicamenteux accessibles à tous, à un prix identique sur l'ensemble du pays (ils proposaient 5000frs CFA, le financement de l'achat des médicaments pouvant être complété par d'autres sources), la gratuité de l'hospitalisation/hébergement lorsque celle-ci était nécessaire pour assurer la supervision directe des prises de médicaments durant la phase intensive de traitement, la mise en place au niveau central d'une équipe compétente qui ait les moyens de diriger un programme national et d'en surveiller la mise en œuvre. Les consultants soulignaient aussi la nécessité de standardiser les méthodes de la LAT afin de mieux les faire appliquer. Pour cela, ils préconisaient la publication d'un manuel fixant les règles et conduites à tenir dans le cadre d'un Programme National, disponible pour tous les agents de santé. Ces recommandations donnaient également des propositions sur la structure et l'organisation d'un Programme National avec quelques indications budgétaires. Le rapport avait été envoyé à diverses personnalités notamment le Professeur Kuaban, responsable du service de Pneumo-phtisiologie de l'hôpital Jamot de Yaoundé, le Dr Bercion, chef de l'unité de Mycobactéries de l'Institut Pasteur de Yaoundé et le Dr Jürgen Noeske, assistant technique de l'Union Européenne.

Il faut dire que la survenue du VIH et l'augmentation des cas de TB avaient entraîné un resurgissement du problème de la tuberculose dans la conscience des professionnels de santé camerounais. Ce reflux du problème de la tuberculose était alimenté par la propagande des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose basés sur la stratégie DOTS dans les publications de l'OMS et de l'UICMTR. Cet état de choses n'échappa pas à Bercion et Kuaban qui publièrent dans le *Bulletin de l'OCEAC* un article proposant une approche de programme pour gérer le problème posé par la

tuberculose au Cameroun. A cette même période, l'Union Européenne démarrait ses activités d'appui au système de santé dans les provinces de l'Ouest, de l'Est et du Centre du Cameroun. L'assistant technique de l'Union Européenne à l'Ouest, Jürgen Noeske, médecin de formation qui avait également travaillé sur la tuberculose, ne tarda pas à se rendre compte du problème posé par la maladie et de l'absence d'un système permettant une prise en charge efficace des patients. Stimulé par le rapport qui lui avait été rendu, il prit l'initiative de mettre sur pied un PNLT avec l'Ouest comme province pilote et entra en contact avec le Dr Bercion et le Pr Kuaban afin d'examiner avec eux dans quelles mesures cela pouvait être effectif. « *Une excitation, notera ce dernier, s'est emparée de nous. Nous étions motivés par le désir de commencer quelque chose sur la tuberculose* ». Après plusieurs séances de travail, ils montèrent un projet que le Dr Noeske fut chargé de soumettre à la délégation centrale de l'Union Européenne. Le projet fut soumis et accepté et le Pr Kuaban chargé de rédiger le *Manuel de la Politique Nationale de lutte contre la tuberculose* et le *Guide Technique* destiné au personnel soignant. En 1995, le document de la politique nationale était achevé. Son impression fut financée par l'OMS et celle du *Guide Technique* par l'Union Européenne. En 1996, le programme pilote financé par l'Union Européenne démarrait dans la province de l'Ouest. Les premiers résultats donnèrent de l'assurance aux responsables du programme, qui fut proposé pour financement au Fonds Mondial après la création de celui-ci. Le projet, monté par l'équipe du Pr Kuaban, fut soumis et accepté, marquant une importante rupture dans la courte histoire de ce programme. Désormais, notera le Dr Noeske,<sup>106</sup> « *si on gère bien, le programme ne va pas s'arrêter de fonctionner par manque de moyens. Une donnée qui change tout par rapport à une situation antérieure de pénurie permanente de tout* ». La mise en œuvre du programme devait permettre la standardisation des méthodes de dépistage et de traitement de la tuberculose.

Au lancement du programme, le personnel permanent en charge au niveau central se composait d'un médecin pneumologue et épidémiologiste, coordonnateur du PNLT et d'un technicien supérieur en santé publique, cadre d'appui. Il y avait donc deux personnes au niveau central et, au niveau intermédiaire, une personne : le superviseur provincial TB. Il n'existait pas de ligne budgétaire, pas de locaux, aucun moyen de communication, pas d'outils logistiques spécialement affectés à la lutte contre la tuberculose. Même pour les activités de supervision, le coordonnateur devait faire appel

---

<sup>106</sup> Entretien avec le Dr Noeske, Yaoundé, mars 2005.

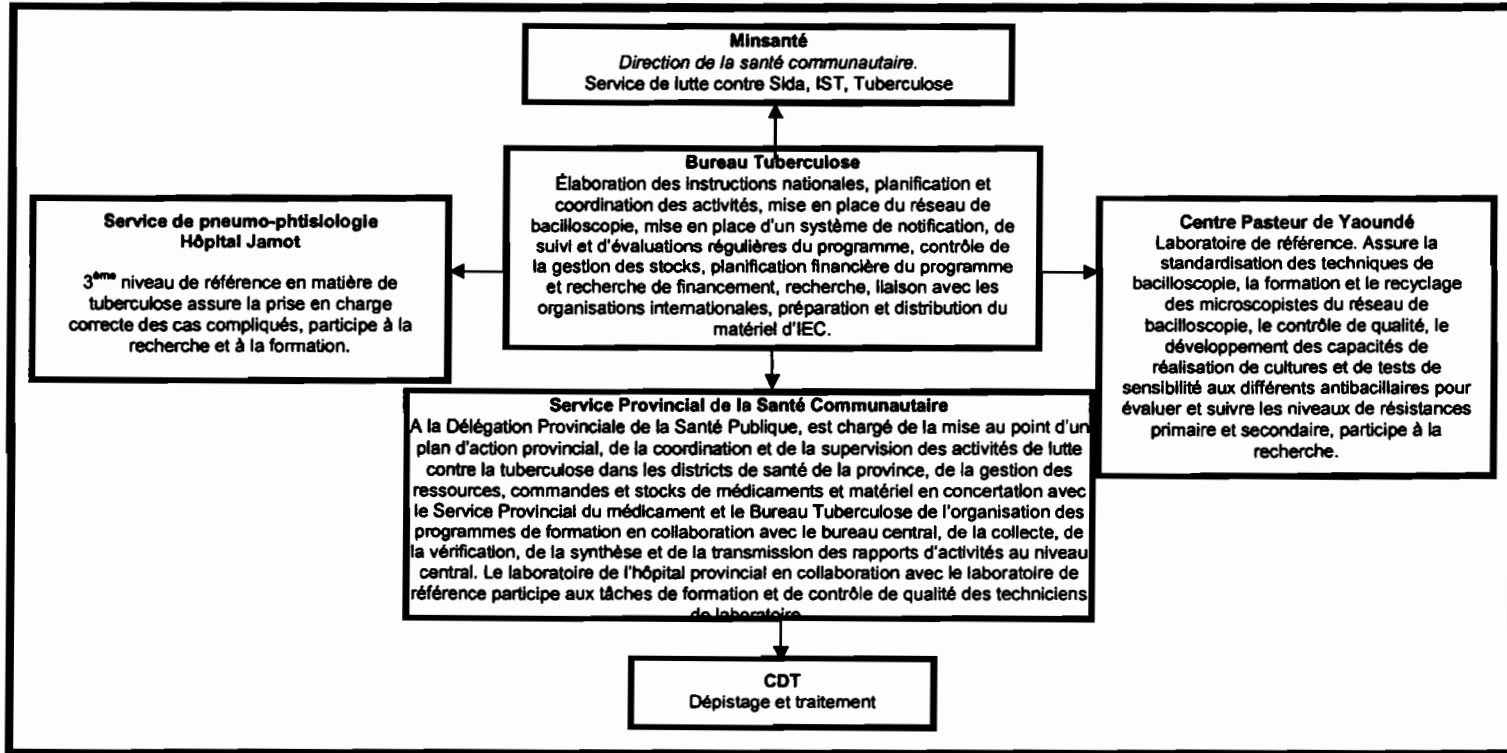
aux bailleurs de fonds. La structure de PNL<sup>107</sup> pouvait alors être ainsi schématisée.

---

<sup>107</sup> Pour les objectifs et les stratégies du PNL ainsi que les bases du traitement antituberculeux au Cameroun, voir : Minsanté, 1995, repris par Tantchou, 2006.



## Schéma 1 : La structure du PNLT



#### 4- Les principes de la chimiothérapie antituberculeuse au Cameroun

On suspectera une tuberculose devant un malade présentant une toux accompagnée ou non d'expectoration depuis au moins trois semaines. On pourra également suspecter la tuberculose devant un malade présentant une radiographie pulmonaire avec des signes évocateurs de tuberculose. On suspectera la tuberculose chez un enfant en contact avec un malade TPM+. La bacilloscopie est essentielle pour le diagnostic de la tuberculose. L'excrétion de BK étant intermittente, il est préconisé de réaliser trois bacilloscopies consécutives. Le premier crachat est recueilli immédiatement lors de la consultation, en présence de l'agent de santé. Le malade repart avec un crachoir neuf et ramène un deuxième crachat recueilli le lendemain matin au réveil. Le troisième crachat est recueilli lorsque le malade revient avec le deuxième échantillon. « *Il est essentiel de bien expliquer au malade la technique de production des crachats qui doit se faire au cours d'un effort de toux succédant à une inspiration profonde. Un crachat salivaire n'a pas d'intérêt* » (Minsanté, 1998 : 19). Si le malade ne peut se déplacer vers l'hôpital de district, les crachats recueillis seront acheminés le plus rapidement possible vers le laboratoire, accompagnés d'un bulletin de demande d'examen. Le diagnostic radiologique de la tuberculose n'est pas sûr car plusieurs autres maladies pulmonaires présentent la même apparence aux rayons X et la tuberculose pulmonaire peut prendre de nombreuses formes d'anomalies radiologiques. La radiologie n'apporte pas la certitude d'une tuberculose cliniquement active. La recherche de BK dans l'expectoration doit donc être systématique. Les autres examens (Numération et Formule Sanguine, vitesse de sédimentation, sérologie VIH, bilan hépatique et rénal, IDR) sont inutiles pour préciser le diagnostic et la conduite thérapeutique de la tuberculose (Minsanté, Idem).

Les malades à traiter pour la tuberculose sont définis en fonction de leur statut bactériologique : tuberculeux pulmonaires à microscopie positive TPM+, tuberculeux pulmonaires à microscopie négative TPM-, de la localisation de la maladie : tuberculeux pulmonaires et extra-pulmonaires, des antécédents thérapeutiques : nouveaux cas et cas à retraiter. On distingue quatre groupes de cas à retraiter : les rechutes, les échecs, les défailnants, les excréteurs chroniques de bacilles tuberculeux. Les rechutes : ce sont les malades qui présentent actuellement une tuberculose pulmonaire à microscopie positive mais qui ont déjà été traités dans le passé pour une tuberculose active et avaient été déclarés « *guéris* » après une chimiothérapie complète. Les échecs : ce sont les nouveaux malades en cours de traitement qui présentent des examens bacilloscopiques positifs lors du dernier contrôle bactériologique, au 5<sup>ème</sup> mois de la chimiothérapie. Les défailnants au

traitement : ce sont les malades qui ont pris un traitement antituberculeux pendant un mois ou plus et qui l'ont interrompu. Ils se présentent au CDT avec les symptômes de la tuberculose pulmonaire et des examens de crachats positifs. Les excréteurs chroniques de bacilles tuberculeux sont les sujets qui continuent à excréter les bacilles tuberculeux après avoir suivi un régime complet de retraitement. Leurs bacilles sont le plus souvent résistants à un ou plusieurs antituberculeux et ne répondent en général à aucun traitement (Minsanté, 1998).

Les antituberculeux sont toujours prescrits en association. Les régimes thérapeutiques sont standardisés et comportent toujours deux phases : une phase initiale intensive de 2 ou 3 mois et une phase de continuation de 4 à 5 mois. Le traitement doit être pris de façon régulière jusqu'à son terme. Il est recommandé de soutenir le malade pour obtenir une bonne observance. Le malade doit être surveillé sur le plan bactériologique au cours de son traitement. L'hospitalisation est nécessaire pendant la phase intensive pour les patients qui ne peuvent pas recevoir sur une base ambulatoire les médicaments de façon directement observée, ou en cas de forme grave et de complication. Les principaux médicaments utilisés dans le traitement de la tuberculose par le PNLT sont l'isoniazide (H), la rifampicine (R), le pyrazinamide (Z), la streptomycine (S), et l'Éthambutol (E). Pour éviter une résistance acquise à la rifampicine, le programme recommande et utilise la forme combinée rifampicine-isoniazide {RH} (Minsanté, Idem).

Le PNLT recommande trois schémas thérapeutiques. Un schéma thérapeutique qui concerne les nouveaux cas et les formes graves de la maladie : une phase intensive de 2 mois en hospitalisation pendant laquelle le malade prend quotidiennement une combinaison rifampicine-isoniazide + éthambutol + pyrazinamide (une seule prise par jour le matin à jeun, au moins une heure avant de manger), sous la supervision du personnel soignant, suivie d'une phase ambulatoire de quatre mois pendant laquelle il prend quotidiennement à jeun, une heure avant de manger, la combinaison rifampicine-isoniazide. A la fin du deuxième mois, le malade doit faire une série de trois examens de crachats. Si l'examen est négatif, il poursuivra la prise quotidienne de la combinaison rifampicine-isoniazide en ambulatoire. Si deux des examens sont positifs, il poursuivra le traitement de la phase intensive pendant un mois supplémentaire et passera à la phase de continuation. Dans les deux cas, à la fin du cinquième mois, une série de 3 examens de crachats est à refaire. Si l'examen est négatif, il faut poursuivre le traitement jusqu'à son terme. Si deux des examens de crachats au moins sont positifs, le malade est classé comme échec thérapeutique et on passe au régime de retraitement. Dès lors, aux trois antibiotiques employés en phase intensive pour les nouveaux cas, s'ajoutent, pendant le premier mois de

chimiothérapie, des injections quotidiennes de streptomycine. La phase intensive, qui dure trois mois, est suivie d'une phase ambulatoire de cinq mois pendant laquelle le malade prend ses médicaments trois fois par semaine. Les examens de contrôle se font au troisième et au cinquième mois. Le programme recommande un dernier schéma thérapeutique pour les tuberculoses extra-pulmonaires et les tuberculoses à microscopie négative, semblable à celui qui est prescrit pour les nouveaux cas à la seule différence que, pendant la phase ambulatoire, le malade prend ses médicaments trois fois par semaine.

L'objectif de cette prise en charge est de parvenir à obtenir une meilleure observance du traitement (régularité et assiduité) jusqu'à la guérison du malade. Pour cela il faut l'informer en présence d'un membre de sa famille de la nature et de la curabilité de sa maladie, des modalités pratiques du traitement (dose, durée, effets secondaires possibles) et de la périodicité des contrôles (Minsanté, 1998).

A la fin du traitement, le devenir des malades est inscrit dans le « *registre de la tuberculose* » suivant les catégories suivantes : guérison, traitement terminé, échec, décès, défaillance, transfert. Un patient guéri est un patient ayant deux examens de crachats successifs négatifs à la fin du 5<sup>ème</sup> mois et ayant complété son traitement. Il est à ce sujet différent du patient dont la mention « *traitement terminé* » est inscrite dans le registre. Il s'agit dans ce cas du patient qui a reçu tout son traitement mais pour lequel on n'a pas le résultat du dernier examen de crachat. On inscrit « *échec* » pour un nouveau cas ayant au moins deux examens de crachats positifs à la fin du 5<sup>ème</sup> mois ou à n'importe quel moment entre la fin du 5<sup>ème</sup> mois et la fin théorique du traitement, « *décès* » pour le patient qui meurt à n'importe quel moment entre le dépistage et la fin prévue du traitement, même s'il ne l'a pas commencé et quelle que soit la cause de décès. Le malade déclaré « *défaillant* », quant à lui, est « *perdu de vue* » depuis au moins deux mois, à n'importe quel moment entre le dépistage et la fin prévue du traitement, même s'il n'a pas commencé le traitement. Si le patient est envoyé pour poursuivre son traitement dans un autre district, il est enregistré sous un nouveau numéro et, à ce moment-là, il est indiqué « *transfert* » dans le registre.

Le recueil de l'information et la préparation des rapports périodiques étant indispensables pour l'évaluation des activités du PNLT, plusieurs supports ont été conçus dans ce sens. Ce sont, le « *registre du laboratoire TB* » qui permet d'obtenir des informations sur le nombre de cas suspects examinés, le nombre de cas à microscopie positive dépistés, le nombre et les résultats des examens de contrôle (taux de négativation à deux mois) et le « *registre de la tuberculose* », détenu au niveau de chaque CDT, où sont inscrits le numéro d'ordre du malade, ses noms, prénoms, adresse, âge, sexe,

la date du début du traitement et le régime thérapeutique administré, la forme de tuberculose, la classification du cas (nouveau, rechute, etc.), les dates et les résultats des examens de frottis ou de culture de l'expectoration avant et au cours du traitement, les résultats du traitement. Deux autres outils du programme sont la « *fiche de traitement antituberculeux* » et la « *carte de traitement antituberculeux* ». D'un jaune vif, ces deux outils devraient normalement permettre de suivre la prise quotidienne des médicaments. Ils ont chacun deux faces avec sur la première toutes les indications relatives au malade (âge, sexe, poids...), la forme de tuberculose, le type de régime thérapeutique et un espace réservé à la phase intensive du traitement. La durée de cette phase, deux ou trois mois selon le cas, ainsi que je l'ai souligné, est indiquée par des lignes parallèles représentant les mois et des lignes perpendiculaires à celles-ci, formant des petites cases qui représentent les jours. Ces cases doivent être cochées chaque jour, après la prise « *directement observée* » du traitement. Sur la face arrière de ces deux outils, la phase ambulatoire est représentée par un tableau semblable à celui que je viens de décrire. La « *fiche de traitement antituberculeux* » est conservée au CDT et la « *carte de traitement antituberculeux* » est conservée par le malade qui doit la présenter à chacun de ses passages au CDT.<sup>108</sup> C'est donc sur la base de ces éléments que le PNLT doit fonctionner. Cependant, pour des raisons que je vais évoquer en rendant compte du déroulement de la prise en charge des malades dans un CDT de l'Ouest du Cameroun, la mise en œuvre des directives du programme n'est pas évidente.

#### IV- LA PRISE EN CHARGE DES MALADES DANS UN CDT<sup>109</sup>

Début octobre 1996, la province de l'Ouest a donc mis en œuvre le PNLT en associant 15 formations sanitaires, 7 confessionnelles et 8 publiques comme Centre de Diagnostic et de Traitement (CDT). Les CDT ont été choisis selon leur localisation, le niveau d'activités, la transparence de la gestion et selon l'expérience existante en matière de traitement des malades tuberculeux. Chaque CDT a responsabilisé une équipe de trois personnes (médecin, infirmier, laborantin) pour la prise en charge de ses patients tuberculeux. Avec l'intervention de l'Union Européenne, la province

---

<sup>108</sup> Les autres outils du fonctionnement du PNLT sont : le « formulaire de demande d'examen d'expectoration », la « fiche de transfert », le « rapport trimestriel sur le dépistage des nouveaux cas et de rechutes », le « rapport du traitement des cas ». Les rapports doivent être rendus en janvier, avril, juillet et octobre. Pour compléter les données obtenues par ces outils et apprécier le fonctionnement du programme sur le terrain, des supervisions sont organisées en moyenne deux fois par an dans chaque province.

<sup>109</sup> Dans un souci d'anonymat, j'ai décidé de ne pas révéler les noms des CDT dans lesquels j'ai collecté les données.

a mis à disposition les médicaments, le matériel de laboratoire et les outils de gestion. La direction était assurée par le Superviseur Provincial Lèpre-Tuberculose et le Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique provincial (CAPP). Les prix du traitement étaient fixés comme suit : 5000frs CFA pour les médicaments plus une caution de 5000frs CFA (remboursable à la fin du traitement), les examens de laboratoire à 1000frs CFA, l'hospitalisation à 250frs CFA par jour avec un maximum de 15 000frs CFA pour 60 jours. Le coût global du traitement à la charge du patient représentait donc un total de 21 000frs CFA (Noeske & Nkamsse, 1998).

### **1- L'examen des crachats : quand « ce que je fais » prévaut sur « ce qu'on doit faire »**

Au CDT de M., la bacilloscopie est le seul examen demandé pour confirmer le diagnostic de tuberculose ; si le résultat est positif, le malade est orienté vers l'infirmier chargé du PNLT pour la suite de sa prise en charge. Le CDT dispose de deux laboratoires : dans le premier, on effectue toutes sortes d'examens tandis que le second est exclusivement réservé à la recherche des BAAR. Lorsqu'une tuberculose est suspectée, le patient se présente au laboratoire avec un coupon indiquant qu'il a payé les frais imposés pour la bacilloscopie. Il est enregistré et reçoit un crachoir qu'il rapportera le lendemain avec une expectoration produite à jeun. Un prélèvement sera effectué sur une lame préparée à cet effet et un autre crachoir lui sera remis. Si le stock est épuisé (comme c'était le cas lors de mon passage), le malade repartira avec le même bocal qu'il devra rincer. Lorsqu'il reviendra à la formation sanitaire le lendemain, du même crachoir, deux prélèvements seront effectués et déposés sur des lames différentes. Les trois lamelles seront ensuite préparées pour l'analyse. Le responsable du laboratoire n'ignore pas l'existence d'écarts entre ce qui est préconisé et ce qui se déroule réellement ; il fait la différence entre « ce qu'on doit faire » et « ce qui est fait ».

Si on exige du malade qu'il produise une autre expectoration en présence d'un agent de santé, c'est parce que, pour s'investir dans les autres activités lucratives, notamment les activités commerciales et les travaux champêtres, certaines personnes achetaient des crachats à des tuberculeux confirmés et le résultat de l'examen leur donnait la possibilité de justifier une absence prolongée ou la nécessité d'un congé maladie.

Les malades ne reçoivent pas de directives sur la façon de produire les expectorations. Par contre, les scènes où le technicien de laboratoire regarde dans un crachoir et dit au malade « ça c'est de la salive » sont très

fréquentes. Les crachats sont quand même prélevés pour être analysés et on recommande au patient d'apporter « *ce qui vient de la gorge* ».

Qu'est-ce qui atteste finalement que les malades apportent leurs propres crachats ? Lorsque le malade est obligé de réutiliser un crachoir parce que le stock est épuisé, il y a de fortes chances qu'il rapporte l'expectoration de la veille et aucun moyen ne permet de vérifier la fraîcheur du crachat. Quand, à partir du même crachoir, on prépare deux lames, la même expectoration est simplement déposée sur deux supports différents. C'est à la fois du gaspillage et une perte de temps. Mais le responsable du laboratoire est persuadé que, du point de vue des résultats, il n'y a pas de différence entre ce qu'il fait et ce qui est préconisé. Comment expliquer ce choix de passer outre les recommandations ? Il pourrait s'agir d'une mesure de prévention. Comme le signalaient Hours (1985), Trébucq & Aït-Khaled (1994), les équipements sont précaires et il n'existe pas de mesure de protection pour les laborantins. Le deuxième laboratoire a été construit pour répondre aux besoins de ce programme mais sa seule particularité, c'est le nouveau microscope et le fait qu'il soit exclusivement réservé aux examens de crachats. La nouvelle peinture et la fenêtre plus grande que celle du vieux laboratoire peuvent peut-être être mentionnées comme autres nouveautés. Cependant, les conditions de travail sont similaires : pas de gants, pas de masque, une salle mal aérée. On est en présence d'un germe contagieux et on ne peut pas reprocher aux laborantins le désir de préserver leur santé au détriment des instructions, si toutefois c'est le cas.<sup>110</sup>

Si le résultat du premier examen est positif, le malade est envoyé au pavillon des tuberculeux pour la suite de sa prise en charge. Il est prescrit que c'est en présence d'un membre de sa famille que le patient doit être informé de la nature et de la curabilité de sa maladie, des modalités pratiques du traitement et de la périodicité des contrôles bacilloscopiques. Mais en général, les modalités du traitement se limitent à : « *C'est positif ; on va te garder pour deux mois ; la caution c'est 10 000 frs. Peux-tu payer ?* » S'il en est capable, le malade est enregistré et conduit dans une chambre d'hospitalisation, sinon, il est invité à ne revenir qu'après avoir rassemblé la caution exigée. La scène ci-après permettra d'éclaircir ce point.

---

<sup>110</sup> On débouche sur la question de la supervision dans les services de santé qui, en ce qui concerne le Cameroun, a été abordée par Hours (1985) et Syed & al. (2002). Hours signale que le manque de supervision est l'un des facteurs à l'origine du manque de motivation du personnel soignant et Syed fait un constat semblable, en citant le manque de supervision comme l'une des raisons de la dégradation de l'offre de soins dans les formations sanitaires publiques.

Je n'avais pas encore rencontré l'infirmier pour commencer mes enquêtes dans la formation sanitaire. Ce matin-là, j'avais trouvé sa collaboratrice dans son cabinet. Je me suis présentée en disant que dans le cadre d'un travail sociologique sur la tuberculose, je souhaitais rencontrer l'infirmier. Il était absent. Alors qu'elle me le faisait remarquer, une jeune femme est entrée, appuyée sur une canne. Je l'avais vu ce matin-là quand, installée avec les autres patients, j'attendais l'ouverture du cabinet de l'infirmier. En la pointant du doigt, l'infirmière m'a dit : « *voilà une autre !* » je savais donc qu'il s'agissait d'un « *nouveau cas* », suivant la terminologie du PNLT. Sa chambre lui avait été indiquée et elle venait prendre sa première dose de médicaments. Lorsque la patiente s'est assise, l'infirmière a pris des comprimés qu'elle avait déjà disposés en plusieurs tas sur son bureau. Elle les a introduits dans trois petits sachets ; sur chacun d'eux, elle a inscrit un mot et marqué des petits cercles. Elle lui a ensuite demandé de prendre et d'avalier les tablettes de différents types qu'elle avait posées sur le couvercle d'une boîte : « *Ce sera ainsi tous les matins à 5h, lui a-t-elle signalé, et tu attends deux heures avant de manger.* » Elle a poussé les trois petits sachets devant la patiente et, lui montrant l'un d'eux de son index, elle a dit : « *c'est quatre !* » La dame a ramassé les paquets de médicaments et a regagné sa chambre. Les modalités de son traitement venaient de lui être indiquées.

Si le type de la relation malade-infirmier (on va y revenir) ne permet pas le dialogue, le nouveau venu trouve toujours dans sa chambre un patient disposé à lui clarifier son ordonnance. En fait, les médicaments sont donnés aux malades, comme pour la jeune femme de l'exemple précédent, dans de petits sachets en plastique ; sur chacun de ces sachets qui contient un antituberculeux, sont dessinés de petits cercles. Ces cercles correspondent à la quantité de comprimés que le malade doit prendre. Mais ceci n'est pas systématiquement précisé aux patients.

En principe, après le paiement de la caution, le malade doit être hospitalisé pour une période de deux mois, pendant laquelle il prendra les médicaments sous la supervision directe du personnel soignant. Cependant, pour plusieurs raisons, certains patients préfèrent un traitement ambulatoire ou quittent la formation sanitaire avant la fin des deux mois de traitement intensif.



## 2- « Négocier » pour ne pas être hospitalisé : l'exemple de W.

W. était un nouveau cas de tuberculose. Il vivait à F. où il était employé dans une usine de produits laitiers. Lorsque les symptômes de la maladie se sont manifestés, le CDT lui a été recommandé par un ami qui y avait séjourné pour les mêmes raisons. N'ayant pas de parents dans la ville, il habitait chez ses grands-parents, dans un arrondissement voisin. Pour se rendre au centre de traitement, il lui fallait déboursier la somme de 1500frs pour le voyage aller-retour. Lorsque l'infirmier lui a parlé d'hospitalisation, il lui a fait comprendre qu'il souhaitait ne pas être hospitalisé parce que personne ne lui « rendrait visite ». <sup>111</sup> Ses grands-parents, très âgés, ne pouvaient se déplacer et, surtout, payer les frais nécessaires pour venir auprès de lui tous les jours. Il souhaitait donc se présenter tous les quinze jours afin de recevoir les comprimés. N'étant pas présente pendant cette première partie de l'histoire, je ne peux savoir si s'est d'une façon ou d'une autre « arrangé » avec l'infirmier ou si celui-ci, comprenant la situation particulière du patient, a souscrit à sa demande. Toujours est-il qu'après avoir tenu pendant un mois, le coût du déplacement lui est devenu insupportable. Il a « *expliqué la situation* » à l'infirmier et a reçu des médicaments pour une durée de trois semaines ; cela lui permettait d'achever cette première phase de la chimiothérapie.

A la fin de cette première phase de traitement, il a réalisé l'examen bacilloscopique exigé pour passer à la deuxième étape du traitement. Celle-ci étant négative, il demanda à obtenir les comprimés pour une durée de trois mois ; ainsi, il ne reviendrait que pour l'examen de contrôle du 5<sup>ème</sup> mois. Cet homme, qui avait perdu son emploi à la suite de sa maladie, venait d'avoir une proposition d'embauche et avait rendez-vous avec son futur employeur. Il a « *expliqué le problème* » à l'infirmier, qui lui a malgré tout donné quatre semaines de traitement, ce qui n'était déjà pas mal. <sup>112</sup> Le refus de l'infirmier était appuyé par sa collaboratrice qui rappelait au malade que sa

---

<sup>111</sup> Rendre visite ici étant synonyme de lui apporter ses repas quotidiens. Donc il voulait dire que, si jamais il était hospitalisé, il n'aurait aucun moyen de se nourrir parce que personne ne lui apporterait ses repas. (D'après les malades, il faut « répondre au médicament par une bonne alimentation. Il faut beaucoup manger quand on prend des antituberculeux. Ils creusent le ventre).

<sup>112</sup> D'après ce que j'ai observé, pendant la phase ambulatoire, les malades habitant la ville où est situé le CDT reçoivent une provision d'une semaine de traitement, tandis que ceux qui habitent les villes voisines reçoivent les médicaments pour deux semaines.

demande n'était pas réglementaire ; s'il voulait le « *faux* », c'est-à-dire que le personnel se détourne des principes du PNLT, il connaissait la démarche à suivre.

Il était environ 14h30 ; la journée de travail s'achevait. W. a attendu. Nous étions appuyés avec les autres malades sur le mur qui entoure le petit espace où les tuberculeux hospitalisés s'asseyent tous les jeudis matin pour recevoir leur provision hebdomadaire de médicaments. Lorsque la collaboratrice de l'infirmier a quitté le centre de santé, W. est resté encore quelques secondes avec nous ; l'infirmier nous a également rejoints et nous avons eu une petite conversation puis, accompagné de W., il s'est retiré et a rejoint son bureau. Quelques minutes après, il est ressorti de son bureau et m'a demandé de venir compter 240 comprimés, deux mois de traitement en plus, comme W. l'avait souhaité.

Pour obtenir ce type de faveur, les patients affirment qu'il faut déboursier la somme de 2000frs CFA. Ceci représente un budget énorme pour plusieurs malades. C'est ainsi que, très souvent, on voit des patients se présenter 4-7 jours après la date de leur rendez-vous, parce qu'ils n'ont pas pu se procurer l'argent nécessaire pour les frais de déplacement. Mais s'il est possible de « *négocier* » pour ne pas être hospitalisé, la durée de l'hospitalisation peut aussi être réduite à cause des capacités d'accueil du CDT. Le programme pilote avait été conçu pour une aire de santé précise. On n'a pas tenu compte des coûts prohibitifs imposés dans les autres provinces qui pouvaient pousser les malades à venir s'y faire soigner. Par ailleurs, les réseaux de relations sociales dépassent l'aire de santé et grâce aux informations transmises dans le groupe organisateur profane de la thérapie (Janzen, 1995), les CDT accueillait donc plusieurs malades venant d'autres provinces.

Lorsqu'un nouveau malade se présentait alors que tous les lits étaient occupés, l'infirmier demandait si parmi ceux-là qui étaient en fin de période intensive il y en avait un qui désirait s'en aller. Il pouvait aussi désigner une personne ; il entrait alors dans une chambre et disait en pointant un malade du doigt : « *Toi, fais tes affaires* ». Le volontaire ou le patient choisi faisait ses examens de contrôle et quittait la formation sanitaire le même jour, après avoir reçu une provision de médicaments pour une durée dépendant aussi de ses capacités de négociateur : l'infirmier a besoin de « *son lit* » et, à cause du service qu'il lui rend en cédant sa place, il doit lui être favorable en retour. Mais les capacités d'accueil ne sont pas suffisantes pour expliquer ces départs « *prématurés* » ; les malades sont parfois contraints de quitter le CDT comme l'illustre le cas de cette patiente qu'on appellera Line.

Enseignante dans une institution privée, elle avait été hospitalisée à la fin du deuxième trimestre de l'année scolaire. Grâce à une aide financière de l'administration de son établissement, son premier mois dans la formation sanitaire s'était déroulé sans entrave. Mais elle se retrouvait sans argent et le troisième trimestre de l'année scolaire devait commencer. Payée à l'heure de cours, elle devait choisir entre rester au CDT, sans ressources, ou travailler pour également assurer sa survie pendant les trois mois de vacances scolaires qui approchaient. Elle a choisi la deuxième solution. Je vais y aller, disait-elle ; s'ils me donnent encore un peu d'argent, je me reposerai, sinon, je serai obligée de travailler.

En dehors de ces facteurs, on peut se demander si la véritable raison du désir des malades de partir ou de ne pas être hospitalisé ne réside pas dans le malaise dû au fait qu'ils sont désormais coupés de ce qui autrefois constituait leur quotidien, obligés de manger, dormir, partager leur intimité avec des personnes qu'ils ne connaissent pas, contraints de s'adapter à l'environnement hospitalier, avec ses odeurs, ses couleurs, ses infrastructures parfois dépassées. A ce sujet, une malade disait : « *Tout ce qu'on utilise ici est trop archaïque ; je ne suis pas habituée à ça* ». Avoir à partager quotidiennement avec des inconnues les choses qu'on a l'habitude de partager avec des proches, passer la journée « *à manger et dormir* » comme disent les malades, alors qu'on a une famille à charge, sont autant de raisons qui pourraient pousser à quitter la formation sanitaire.

Il faut tout de même souligner que si la majorité désire partir, certains veulent rester à cause des « *avantages* » associés au statut de « *malade* », de l'attention des proches qui « *rendent visite*<sup>113</sup> » et viennent passer du temps avec les malades, participent aux frais de prise en charge en donnant de quoi « *acheter les médicaments* », « *payer la chambre d'hôpital* » ou « *les beignets le matin* » ou simplement de l'argent de poche. Rentrer à la maison indique qu'on est guéri et on perd le statut de malade. Les visites s'espacent et s'estompent progressivement ; celui qui était jusque-là « *le malade* » et soigné en conséquence reprend sa place et réintègre son rôle social. Certains patients, conscients des avantages du statut de « *malade* », essaient donc de retarder ce retour à la maison.

A la fin de la phase intensive, lorsque les malades qui ont été hospitalisés doivent rentrer chez eux, on leur demande de prendre un peu de repos avant de reprendre toute activité professionnelle. Il leur est recommandé de ne pas

---

<sup>113</sup> Je mets l'expression « *rendre visite* » entre guillemets parce que ce qui est en jeu n'est pas la visite, ou le visiteur, mais ce qui l'entoure, ce qu'il apporte avec lui. Chez les Bamiléké, on ne va pas « *voir* », « *regarder* » un malade les « *mains vides* ».

fumer, de ne pas boire, de bien s'alimenter, de ne pas « appuyer », c'est-à-dire de ne pas avoir de relations sexuelles. Ils ne sont qu'à deux mois pour un traitement de six mois. Vont-ils tenir ? Je n'ai pas pu suivre les malades pendant cette étape mais c'est un aspect important à explorer. Lorsque le patient est loin de la formation sanitaire, désormais soumis aux contraintes de la vie quotidienne, qu'est-ce qu'il advient des recommandations qui lui ont été données ? Je vais l'illustrer en prenant l'exemple d'un patient que j'appellerai Paul.

### **3- Après la phase intensive, le désir de guérir, les contraintes de la vie : Paul**

Paul avait déjà passé un peu plus d'un mois et demi dans la formation sanitaire. Il se faisait soigner pour la deuxième fois. Lors de son premier épisode de tuberculose, il avait été dans plusieurs formations sanitaires de la ville où il résidait, hôpitaux publics, hôpitaux confessionnels, cliniques privées ; dans ces différentes structures, il était soigné pour une maladie dont on ne prononçait pas le nom. Il recevait perfusion sur perfusion, sans savoir de quoi il souffrait. Son état s'aggravait de plus en plus et il était devenu incapable de se tenir debout et de se déplacer sans aide. Sa famille, informée de ses démarches thérapeutiques et de l'aggravation de son état, a exigé qu'il soit ramené dans son village natal afin qu'on « *regarde qu'est-ce qui n'allait pas* ». Une fois au village, l'inquiétude suscitée par son état a conduit la famille à faire venir, ce même soir, un infirmier. Il lui a administré une perfusion en signalant qu'il savait de quoi souffrait le malade et où il fallait le conduire. Il a indiqué le CDT où, sur le dos de son père, il s'est rendu le lendemain matin. Quelques jours plus tard, il se sentait mieux. Après les deux mois de phase intensive, il est retourné dans sa ville de résidence et devait se rendre tous les mois au CDT pour ses médicaments.

Paul était chauffeur de taxi, propriétaire de sa voiture, marié et père de deux enfants. Pendant son séjour au village et au CDT, il avait confié sa voiture à un ami qui n'en avait pas pris soin. A son retour, Paul a réalisé que son automobile n'était plus utilisable. Il s'est « arrangé » avec un autre copain, propriétaire de plusieurs taxis. Il devait se servir d'une voiture tous les jours jusqu'à une certaine heure de l'après-midi. Il raconte : « Comment voulais-tu avec cela que je respecte mon traitement ? Je me levais à 4 heures du matin et je m'installais dans la voiture, si préoccupé par le gain du jour que

j'oubliais le traitement. Finalement je l'ai abandonné. Je buvais mes bières, je fumais mes cigarettes ». Bientôt les premiers symptômes réapparaissent. Fièvre, toux, fatigue etc. « Lorsque ça commençait, dit-il, j'achetais un peu de paracétamol, un peu de viande pour me donner des forces mais je sentais bien que ça ne me faisait rien. Le soir, la fièvre s'emparait de moi. Je prenais quelques comprimés et le lendemain matin je me remettait dans le taxi ; je continuais avec mes bières et mes cigarettes. Le soir : même chose, fièvre, paracétamol. Le lendemain, me revoilà dans le taxi. Comment voulais-tu que cela ne m'arrive pas ? ».

Finalement, il reconnaît son ancienne maladie, envoie sa femme chez ses parents et retourne au CDT. C'est à ce moment-là que je l'ai rencontré. Il était à plus de six semaines de traitement, mais n'avait pas repris son poids initial. Alors qu'il me parlait, il était secoué par des quintes de toux sévères. Nous avons terminé notre entretien sur la joie qu'il éprouvait à l'idée de bientôt quitter la formation sanitaire. Il avait encore une moyenne de dix jours à y passer. Lorsque je suis arrivée le lendemain, il m'a dit : « Je pars demain ». « Ah bon ! » Lui ai-je répondu. Comme s'il devinait ma surprise, il m'a dit : « L'infirmier est d'accord ». « Et pour les examens de crachats, lui ai-je demandé, comment fais-tu ? Tu ne les auras pas avant deux jours ». Un autre malade qui écoutait la conversation a répondu : « Si tu donnes quelque chose à ..., il te fait ça le même jour ». A ce moment-là, j'ai été appelée par l'infirmier que j'aidais de temps en temps à ranger les fiches de malades et à distribuer les médicaments. Lorsque je suis ressortie, Paul traversait la cour et, à observer sa trajectoire, j'ai deviné qu'il avait été au laboratoire. Arrivé à mon niveau, il m'a dit : « Je pars tout à l'heure ; il va me donner mes résultats ».

Allait-il, cette fois-ci, être fidèle à son traitement ? Trois bacilloscopies sont réalisées pendant toute la durée de la chimiothérapie et chacune d'elles détermine la suite de la prise en charge. Le deuxième examen devrait être effectué à la fin de la phase intensive, au terme de deux mois d'hospitalisation et le troisième, à la fin du cinquième mois de traitement. A la veille du deuxième examen, le patient est content parce qu'il va probablement quitter la formation sanitaire, mais aussi angoissé, parce qu'il ne peut prévoir le résultat de l'examen. En général, il a fixé depuis longtemps le jour de son départ et s'il « *donne quelque chose* » au laborantin, la série d'examens qui s'étale normalement sur deux jours et demi peut se faire en quelques heures.

Les patients sont conscients de toutes ces pratiques de corruption et de racket et ils en parlent entre eux. Cependant, lorsqu'on discute avec le personnel, ce sont toujours les autres qui sont corrompus et le chercheur peut se laisser piéger par les déclarations solennelles d'intégrité. C'est finalement auprès des malades qu'on obtient toutes les informations concernant les circuits officieux. On peut également passer à côté de bien des scènes intéressantes si on ne comprend pas comment se déroulent le processus de corruption, la démarche du corrupteur et du corrompu, si on ne saisit pas que les protagonistes sont dans une sorte de dialogue où le discours peut servir d'écran à la réalité. L'échange étant officieux, la circulation de l'argent est masquée par des habitudes quotidiennes ou des attitudes « officielles ». On peut néanmoins observer des mains qui se ferment au lieu de s'ouvrir : l'argent est dissimulé au lieu d'être mis en évidence et on ne rend pas de monnaie comme dans une démarche d'échange marchand. Le patient W., (2- Négociateur pour ne pas être hospitalisé) illustre le type du malade qui sait se servir du système. Il a su que la première réaction de l'infirmier n'était qu'une étape dans un processus de négociation qui demande parfois patience et discrétion.

En dépit de ces constats et de la présence de la corruption à tous les niveaux de la société camerounaise, « *ne dites surtout pas corruption !* » (Rim, 2003). Car, souligne Rim (*Idem*), il n'y a pas de corrupteur, il n'y a pas de corrompu. Cependant, en fonction des situations dans lesquelles on se trouve, on place un « *intercalaire* », on « *donne l'argent de l'essence* », « *la motivation* », le « *gombo* », on « *fait quelque chose* », on « *donne quelque chose* », on va « *voir quelqu'un* ». La gangrène a, semble-t-il, déjà atteint « *l'os et la moelle, l'esprit et le cœur des camerounais qui, dans leurs débrouillardises effrénées pour la survie ou le pouvoir (politique et financier), n'arrivent même plus à se faire une idée nette du phénomène de la corruption. Ils l'ont tellement intégrée, dans les moyens évidents de leurs luttes quotidiennes, ils l'ont tellement « normalisée », faute de pouvoir l'éradiquer, qu'ils se refusent désormais à l'appeler par son nom, quand bien même ils sont en train de poser l'acte* » (Rim, *Ibid.*). « *Vous faites, signale l'auteur, dresser les cheveux à vos amis en disant que vous avez corrompu l'agent de police ou du fisc, le gendarme, le caissier, le directeur d'école ou de société, le juge, le (sous) préfet, l'électeur, le journaliste ; on ne dit pas ça ! On ne s'accuse pas soi-même, surtout quand on fait quelque chose que tout le monde fait. On a « vu » celui-ci, on a donné « les moyens » à ceux-là ; on s'est « arrangé » avec tel ; c'était le « taxi », le « gombo », la « bière », le « carburant », la « motivation »...pas la corruption* ». Et il conclut : « *dans le discours sur la corruption, le camerounisme fait des*

*merveilles sémantiques et psychologiques, n'est-ce pas ? Ne dites pas « corruption » et la corruption n'existe plus ! » (Rim, Ibid.)*

#### **4- Être hospitalisé, oui mais dans quels buts ?**

J'étais installée (c'est l'auteur qui parle) sur les bancs d'attente devant le pavillon du PNLT et j'ai vu arriver deux hommes et une femme. Du dialogue qui a suivi, j'ai compris que c'étaient des malades en phase ambulatoire. J'ai tendu l'oreille. Ils ont demandé les nouvelles des uns et des autres et sont arrivés au cas de l'« Américain » interné avec eux qui avait rechuté. Surpris et déçus par ce qui arrivait à leur compagnon, ils se sont demandé pourquoi l'« Américain » avait rechuté. Il se trouve que pendant les deux mois qu'il a passé au CDT, l'« Américain » sortait de temps à autre pour « aller boire », n'avait pas arrêté de fumer et « d'appuyer » c'est-à-dire d'avoir des relations sexuelles. Quelques semaines après cette discussion, une patiente, arrivée dans un état vraiment lamentable, incapable de parler, de manger, de se tenir debout toute seule a été installée dans l'une des deux chambres réservées aux filles. Son arrivée a provoqué le départ d'une patiente qui a fait savoir à ses consœurs qu'elle avait peur d'être contaminée de nouveau. A la ronde du lundi, elle était absente et a dû payer la somme de 500frs en guise de sanction. Cette patiente avait quitté le CDT vendredi et ce n'est le lundi que son absence a été constatée. Elle n'habitait pas loin du CDT et il lui arrivait même d'aller faire des travaux domestiques chez elle.

Les malades prennent leurs médicaments sans supervision ; ils sortent quand ils veulent, l'essentiel étant d'être présent lundi et vendredi matin pendant la ronde au risque de payer une amende. Parfois, ceux qui habitent la ville ou y ont des parents vont passer la journée chez eux et ne reviennent que dans la soirée. A ce moment-là, est-ce vraiment nécessaire de les hospitaliser ? Et s'ils sont hospitalisés, ne devrait-on pas assurer une certaine surveillance afin d'éviter que les malades hospitalisés ne propagent les germes autour d'eux ? N'est-ce pas l'objectif même du PNLT que de limiter les contagions en dépistant le plus rapidement possible les malades et en assurant leur traitement jusqu'à guérison complète ? Il est vrai qu'après quelques semaines de traitement le malade n'est plus contagieux, mais doit-on pour cela négliger la surveillance des malades hospitalisés ?

Les professionnels attribuent pourtant une certaine utilité à l'hospitalisation lors de la phase intensive, non pas nécessairement pour les besoins de supervision du traitement, mais surtout pour l'apport de

l'hospitalisation en terme de sensibilisation. En effet, un patient hospitalisé qui voit arriver un autre malade dont l'état général s'est complètement dégradé parce qu'il n'a pas observé son traitement a une image visuelle de ce qui pourrait lui arriver en cas d'inobservance. Et en général, signalera un médecin, « *ils ne veulent pas se retrouver dans cet état* ». Il est donc par la présence de cet autre malade sensibilisé sur la nécessité de suivre fidèlement son traitement jusqu'à son terme. Par ailleurs, lorsque les effets secondaires se manifestent, il est soutenu par les patients hospitalisés avec lui qui ont connu des conditions semblables ; il peut aussi être, comme nous l'avons déjà souligné, renseigné sur sa posologie, assisté sur le plan alimentaire (Tantchou 2001). Cette présence dans la formation sanitaire favorise enfin la construction progressive d'un autre type de rapport avec le personnel soignant et les malades. Il se construit, comme Vidal & al. (2004) l'ont aussi montré, un rapport de familiarité permettant de centrer la relation patient-professionnel sur le malade, comme l'avait suggéré Pierre Blaise (2001).

## 5- Le DOTS, un impossible idéal ?

J'ai déjà indiqué que les malades prenaient leurs médicaments en l'absence de toute supervision directe. Quand il m'est arrivé de dire à des professionnels de santé que je n'avais pas vu les patients prendre leurs médicaments sous la supervision directe d'un infirmier ou d'un autre professionnel, la réaction se déclinait en trois moments : premier moment, la défense, comme si ne pas voir les malades prendre leur médicament était une faute ou une faiblesse du programme sur laquelle on ne voulait pas trop discuter ou qu'on préférait occulter. Cette attitude se manifestait par une remise en question de mes connaissances du DOTS ; on me demandait systématiquement ce que signifiait le DOTS et en quoi il consistait. La réponse étant juste, on remettait alors en question ma démarche méthodologique, en affirmant par exemple que si je n'avais pas été présente dans les salles d'hospitalisation à l'heure de la prise des médicaments, ou si je n'avais fait aucune garde, je ne pouvais en aucun cas affirmer que le DOTS n'était pas appliqué au Cameroun. Venait ensuite le deuxième moment : la justification. Non, les professionnels ne surveillaient pas la prise des médicaments ; cependant, dans les salles d'hospitalisation, des malades étaient choisis qui réveillaient les autres à l'aube pour qu'ensemble ils prennent leur traitement. Interrogé sur les raisons de l'absence de supervision directe, un infirmier comparait son attitude à celle d'un jeune soldat à qui on remet une arme. Cette arme lui est remise après une période d'instruction et de formation. Mais une fois en possession de l'instrument, il est « *libre* » d'appliquer ou non les instructions reçues, d'établir une



distinction entre « *ce qu'on doit faire* » et « *ce que je fais* ». Ce glissement vers le « *ce que je fais* » avait une autre explication : le programme était « *extérieur* » et était doté d'une subvention spéciale ; le personnel impliqué s'attendait à être « *motivé* » pour le travail effectué.

Après la justification, venait le dernier moment de l'argumentation que je devais souvent provoquer en concluant : « *Donc le DOTS n'est pas appliqué !* » L'aveu de cette « *faiblesse* » jaillissait alors de façon masquée, presque détournée. En général on ne répondait pas : « *Non le DOTS n'est pas appliqué* » mais on recourait à des explications et des euphémismes : « *C'est vrai qu'on a encore du mal à le mettre en place* », « *Il ne faut pas fixer l'attention sur ce qui ne va pas, il faut regarder aussi ce qui a été fait. Le programme est jeune, il ne faut pas l'oublier* », « *C'est vrai, c'est l'une des choses sur lesquelles nous travaillons en ce moment* ». Certains responsables affirmaient par ailleurs que la stratégie DOTS était effectivement mise en œuvre au Cameroun. Pour eux, le DOTS ne se limitait pas seulement à la prise supervisée des médicaments. C'était aussi un engagement gouvernemental, l'organisation d'un réseau bacilloscopique performant, l'approvisionnement en médicaments antituberculeux. Si on tenait compte de ces critères, on pouvait conclure qu'au Cameroun le DOTS était appliqué, sauf que les principes ci-dessus ne sont que les éléments de base, sorte d'arrière-plan, de pré-requis pour la mise en œuvre d'un PNLT ; ils permettent de garantir sa pérennité et de limiter les problèmes de résistances aux antituberculeux. Cependant, est-il possible de surveiller la prise du traitement au Cameroun ? Pour l'ensemble des professionnels, cela nécessitera plus de personnels, une augmentation des lits d'hôpitaux réservés aux malades tuberculeux et il faudra se pencher également sur le problème posé par les malades qui, pour les raisons déjà évoquées, veulent prendre leur traitement en ambulatoire. « *Au temps où les soins étaient gratuits, remarquait un médecin spécialiste, que les infirmiers de salle après avoir obtenu de la pharmacie de l'hôpital le traitement nécessaire pour les malades hospitalisés passaient dans chacune des salles pour l'administrer, il aurait encore été possible de superviser la prise des médicaments. Mais aujourd'hui, lorsqu'un malade paie lui-même son traitement, on n'a aucun ordre à lui donner. Il peut en faire ce qu'il veut. On lui dit ce qui est bien pour sa santé et c'est à lui de décider s'il prend ou non son traitement suivant ce qui lui a été indiqué et à l'heure indiquée* ». Parce que certains malades ne sont pas hospitalisés pendant la phase intensive, parce que les soins de santé ne sont plus gratuits, que la responsabilité des soins est en partie passée de l'Etat au malade et que les pertes retombent sur celui-ci, le DOTS sera difficilement applicable. Devant un tel état des choses, on est en droit de s'interroger sur la validité ou la légitimité de l'expression Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Ne serait-il pas

plus approprié de parler d'Initiative de Réduction du Coût des Médicaments Antituberculeux (IRECMA) ?

## CHAPITRE V

### Histoire du PNLT : deuxième moment

#### I- LE BILAN DES ANNEES PRECEDENTES

Entre 1997 et 2003, le Programme va progressivement s'étendre à toutes les provinces du Cameroun. L'extension du programme s'est faite au rythme des pourparlers entrepris par les responsables auprès des différents organismes de coopération et ONGs installés dans les différentes provinces du Cameroun. Ainsi, l'Adamaoua, où aucun bailleur de fonds n'était implanté, a été la dernière province couverte, en 2003, soutenue par ALES. Les bailleurs de fonds devaient essentiellement financer l'achat des médicaments antituberculeux et les activités du niveau central ; notamment les supervisions dont le planning et le budget devaient leur être soumises. L'apport du ministère de la Santé se limitait au paiement du salaire des fonctionnaires. Le PNLT n'ayant pas à ses débuts de personnel qui lui était spécialement affecté, il s'appuyait sur les professionnels et les formations sanitaires existants. Le PNLT était donc une initiative « *extérieure* ».

Au début de l'année 2005, 163 CDT sont fonctionnels et plusieurs sont en voie d'ouverture : 6 dans la ville de Douala, 6 dans la province de l'Extrême-Nord, 4 à Yaoundé, 4 dans le Nord, 1 dans le Sud-Ouest. Le nombre de CDT devrait correspondre aux normes internationales qui sont d'un CDT pour 100.000 habitants. Mais le tableau ci-dessous montre que dans les provinces de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Ouest et du Sud-Ouest, la population pour un CDT est supérieure à 100 000 habitants tandis que dans les provinces de l'Est, du Sud, de l'Adamaoua et du Centre, pour un CDT, la population est nettement inférieure à 100 000 habitants. Les provinces du Littoral, du Nord-Ouest, se rapprochent quant à elles des normes internationales.

**Tableau 7 : Nombre de CDT par province et par population**

Province	Population	Nbre de CDT	Nbre hab./CDT
Adamaoua	778 000	8	97 000
Centre	2 597 000	27	96 000
Est	814 000	20	41 000
Extrême-Nord	2 919 000	14	209 000
Littoral	2 127 000	21	101 000
Nord	1 309 000	11	119 000
Nord-Ouest	1 946 000	17	114 000
Ouest	2 106 000	18	117 000
Sud	588 000	16	37 000
Sud-Ouest	1 317 000	11	120 000
<b>Total</b>	<b>16 501 000</b>	<b>163</b>	<b>101 000</b>

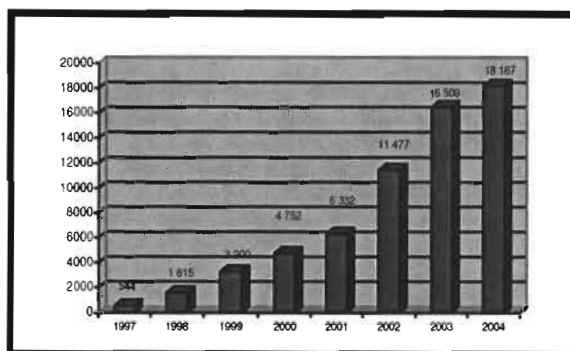
Source : Trébucq, 2005 : 7

Il conviendrait, souligne Trébucq (2005 : 7), que « *le PNLT résiste aux pressions pour ne pas créer de nouveaux CDT (sauf exception très documentée) ; par contre d'autres formations sanitaires pourront être utilisées comme centres de traitement, notamment pendant la phase intensive de traitement* ». Le mot pression est dans ce contexte judicieusement employé car la création des CDT ne dépend pas uniquement de la norme fixée d'un CDT pour 100 000 habitants ou pour un minimum de 50 000 habitants. Lors de la mise en œuvre du PNLT dans la province du Sud, qui est la province la moins peuplée du Cameroun et la province d'origine du président de la République, il avait été prévu de créer 12 CDT ; 25 ont été créés. Lors des supervisions, il n'était pas rare de trouver du matériel et des médicaments qui n'avaient jamais servi. Dans certains cas, les médicaments arrivés à expiration étaient simplement mis à la poubelle. 15 CDT furent par la suite supprimés. Comme pour les formations sanitaires, les lycées ou les collèges etc., la création des CDT ne dépend pas que des normes déjà indiquées. Elle peut aussi être soumise à des pressions politiques que résume bien cette question d'un responsable : « *Est-il normal qu'il n'y ait pas de CDT dans le village du président ?* ».

A la fin de l'année 2004, on atteignait un total de 18 187 malades dépistés. Au premier semestre 2004, 9.186 cas de tuberculose toutes formes avaient été déclarés. Cela représentait une augmentation de 11% par rapport à la même période de l'année 2003 (Trébucq, 2005). Entre 1997 et 1998, le

nombre de cas dépistés a pratiquement doublé, comme de 1998 à 1999. En 2000, on note une augmentation d'environ 50% par rapport à 1999, comme en 2001 et, de 2001 à 2004, le nombre des cas a presque triplé. Le graphique ci-après permet de voir l'évolution des activités de dépistage.

**Figure 2 : Activité de dépistage de 1997 à 2004**



**Source :** Allocation du Dr Wang à l'occasion de la « *journée mondiale de la tuberculose* ».

Cette évolution est moins le résultat d'une belle performance des activités de dépistage qui n'atteignent que 51% des cas attendus que le résultat de l'extension progressive du PNLT (plus il s'étend, plus on enregistre de cas), même si par ailleurs la qualité des examens bacilloscopiques est dans l'ensemble moyenne. De janvier à septembre 2004, 943 lames appartenant à 8 provinces ont été relues par le laboratoire national de référence (LNR) dans le cadre du contrôle microscopique des lames. Les résultats sont regroupés dans le tableau ci-après.

**Tableau 7 : Contrôle de qualité de microscopie  
janvier -septembre 2004**

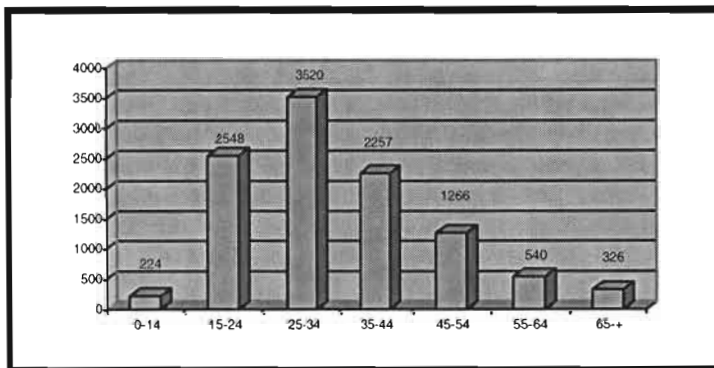
Provinces	Nbre CDT supervisés	Nbre lames	C	EQ	LFN	LFP	HFN	HFP
Adamaoua	8	75	50	5	2	1	0	0
Est	8	129	61	24	0	4	0	0
Extrême-Nord	12	93	89	3	0	0	1	0
Littoral	18	187	149	9	3	2	1	1
Nord	8	87	0	0	0	0	0	0
Nord-ouest	15	141	98	2	1	0	0	0
Sud	13	129	121	3	0	4	1	0
Sud-ouest	11	102	88	6	0	1	2	0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>943</b>	<b>656</b>	<b>52</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

C : Correct ; EQ : Erreur de quantification ; LFN : Légèrement Faux Négatif ; LFP : Légèrement Faux Positif ; HFN : Hautement Faux Négatif ; HFP : Hautement Faux Positif

Source : Trébuq, 2005 : 16

Les résultats de dépistage obtenus sur l'ensemble du territoire permettent d'affirmer qu'au Cameroun comme dans les autres pays la tuberculose touche principalement les jeunes adultes. Les jeunes de 25 à 35 ans représentent à eux seuls plus de 35% des nouveaux cas enregistrés en 2004.

**Figure 3 : Répartition des nouveaux cas de TPM+  
par tranche d'âge en 2004**



Source : Allocation du Dr Wang à l'occasion de la « journée mondiale de la tuberculose ».

En ce qui concerne les résultats de traitement, ils n'atteignent dans aucune province l'objectif de 85% fixé par le programme. La province du Nord se rapproche un peu de cet objectif avec un taux de guérison de 83% en 2003. Sur le plan national, le taux de guérison a atteint le pic de 73% en 2000 et, depuis lors, il n'a cessé de décroître. Il est de 63% en 2003.

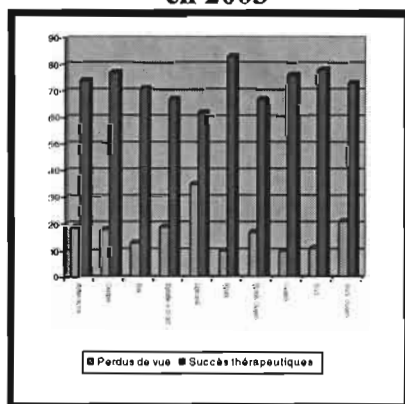
**Tableau 8 : Résultats du traitement en pourcentage depuis 1999 jusqu'à 2003**

Année	Guéris	Traitement terminé	Décès	Echecs	Perdus de vue	Transferts
1999	67%	8%	11%	2%	11%	2%
2000	73%	4%	8%	2%	12%	2%
2001	67%	8%	2%	6%	16%	1%
2002	65%	7%	1%	5%	22%	1%
2003	63%	9%	6%	1%	20%	2%

Source : Allocation du Dr Wang à l'occasion de la « *journée mondiale de la tuberculose* »

Le taux de Perdus de vue est également préoccupant. Il est passé de 11% en 1999 à 20% en 2003. Son importance varie suivant les provinces ; de 10% dans le Nord et à l'Ouest, 19% dans l'Extrême-Nord et l'Adamaoua, on atteint le pic de 35% dans le Littoral, ce qui est particulièrement inquiétant, reflète un suivi défaillant des patients diagnostiqués et pose le problème de la réalité du traitement directement observé (DOTS), sur lequel le PNLT devait s'appuyer.

**Figure 4 : Taux de perdus de vue et taux de succès thérapeutiques en 2003**



Source : Allocation du Dr Wang à l'occasion de la « *journée mondiale de la tuberculose* »

Pour obtenir de meilleurs résultats, souligne Trébuq (2005 : 3), la déconcentration des services principalement sur Douala et Yaoundé est essentielle, car le Centre de pneumo-phthysiologie de l'hôpital Laquintinie et l'hôpital Jamot dépendent à eux seuls 27% des malades du Cameroun ; « *On ne peut espérer de bons résultats dans des formations qui suivent respectivement 4.000 et 2.500 malades par an. Dans ces hôpitaux, une fois le diagnostic de tuberculose établi, il est nécessaire de référer les malades à d'autres structures de la ville pour leur suivi...* ». Cette mesure serait associée à un renforcement de l'encadrement des CDT, notamment par des activités de « *supervisions efficaces* » et à une amélioration de la communication individuelle entre soignants et soignés (Trébuq, 2005 : 14).

Depuis 2002, le Fonds Mondial est entré dans le financement de la lutte contre la tuberculose. Ce Fonds Mondial qui vise le sida, la tuberculose et le paludisme a été créé pour augmenter les ressources afin de lutter contre ces pathologies de la pauvreté et pour acheminer les ressources vers les régions les plus nécessiteuses. Il n'intervient pas directement dans la mise en œuvre des programmes et son assistance ne devrait pas remplacer ou réduire les autres sources de financement. Il est d'augmenter l'investissement global en matière de santé. Le Fonds Mondial complète les financements obtenus et utilise ses propres subventions pour susciter des investissements complémentaires. Depuis 2001, il a réuni 4,7 milliards de dollars pour le financement de ses activités jusqu'en 2008. Lors de ses deux premières séries d'octroi de subventions, 1,5 milliard de dollars américains a été versé pour financer 154 programmes dans 93 pays du monde y compris le Cameroun (<http://www.theglobalfund.org/fr/about/how/>). Pour les deux premières années qui commençaient le 1er octobre 2004, le PNL T a bénéficié de 2.986.220.000 FCFA (4.500.000 euros) du Fonds Mondial.

La disponibilité des « *fonds mondiaux* » a entraîné plusieurs changements qui touchent principalement l'organigramme du PNL T, s'étendent à l'espace médical urbain (Grodos, 2002) de Yaoundé et atteignent les patients à travers la mise en œuvre de la gratuité du traitement antituberculeux.

## II- LA NOUVELLE ORGANISATION

Avec l'investissement du Fonds Mondial dans la lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose, le ministère de la Santé s'est saisi du Programme qui est maintenant devenu « *National* », en ce sens qu'il est entièrement coiffé par une structure étatique, le ministère de la Santé en l'occurrence. Cette « *récupération* » du programme se manifeste notamment dans tout le discours du ministère concernant l'histoire du PNL T. Dans le texte qui présente le plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2003-2007, on peut par exemple lire que : « *La tuberculose a été reconnue comme problème*



majeur de santé publique en 1995 avec la création au sein du nouvel organigramme du Ministère de la Santé Publique, d'un Bureau Tuberculose rattaché au service de lutte contre le Sida, les MST et la tuberculose de la Direction de la santé Communautaire » et plus loin : « Il y a lieu de noter que le développement du Programme s'est effectué avec très peu de ressources, tant humaines que financières au niveau de l'Unité Centrale du Programme. Il n'y avait aucun budget prévu pour ce niveau...devant cette situation, le Ministre de la santé publique a entrepris la réorganisation du Programme National de Lutte contre la Tuberculose » (Minsanté, 2003 : 36-37). Il semble pourtant que ces changements s'inscrivaient dans la mouvance internationale qui accordait à la lutte contre la maladie et à l'amélioration de la santé une place de plus en plus importante dans le cadre des stratégies globales de lutte contre la pauvreté. En s'emparant du PNLT, le ministère de la Santé se présente comme acteur principal d'une initiative qu'il s'est simplement appropriée au moment où l'hypothèse d'un financement du Fonds Mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme s'est avérée certaine ; en se l'attribuant, il écarte les acteurs qui ont finalement rendu l'initiative réelle.

Cette « récupération » du programme, dans la perspective<sup>114</sup> d'un financement du Fonds Mondial, se traduira par plusieurs décisions : la décision N°335 du 29 juillet 2002 portant réorganisation de la lutte contre la tuberculose au Cameroun, la décision N°340 du 01 août 2002 portant organisation et fonctionnement du Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre la Tuberculose, les décisions N°352 du 02 août 2002, N°357 du 07 août 2002 et N°470 du 13 novembre 2002 portant nomination des responsables au Groupe Technique Central du Comité de Lutte contre la tuberculose (Minsanté, Idem).

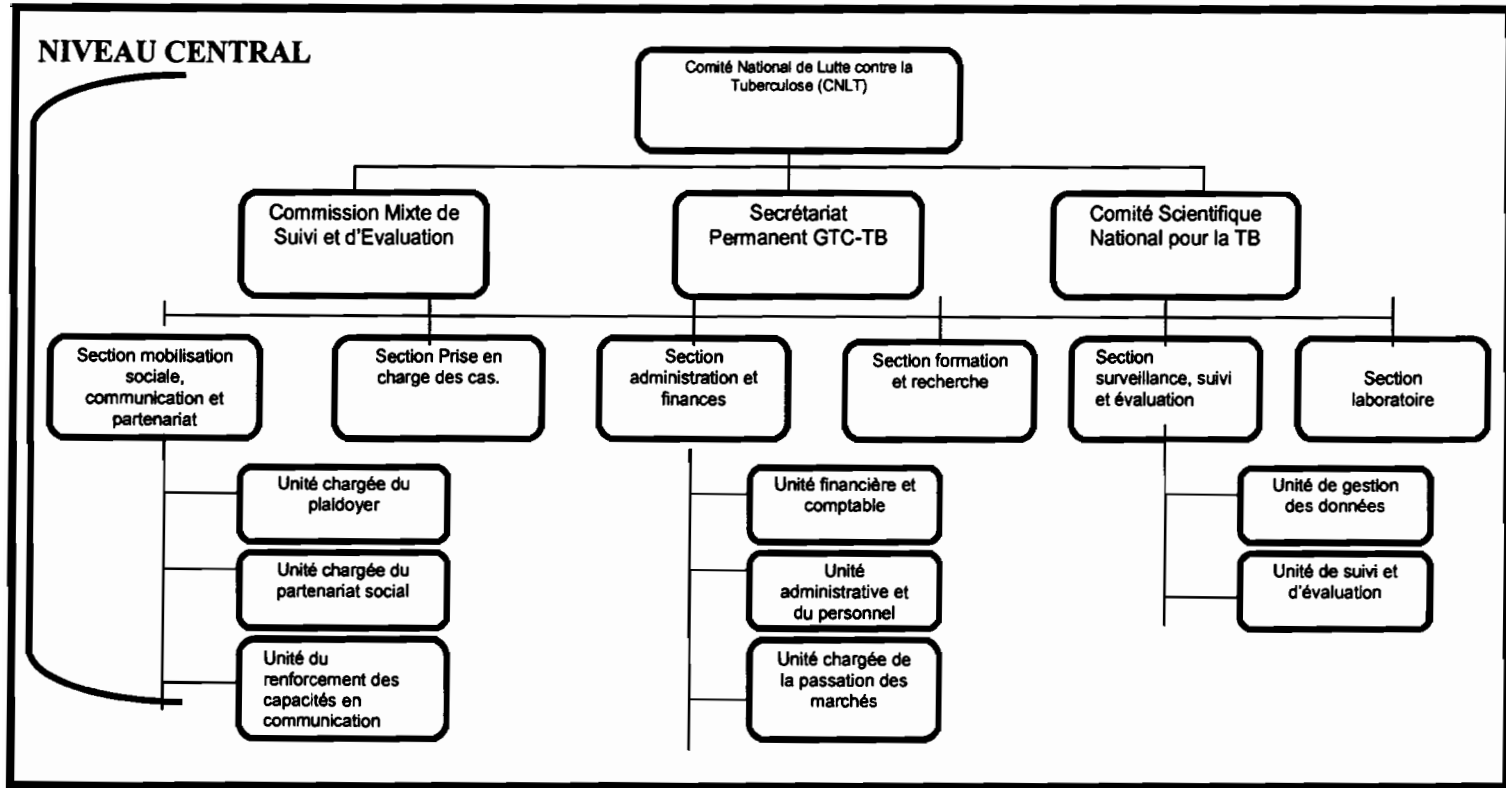
Depuis 2002, l'organigramme du PNLT a donc été revu. « De par l'importance accordée désormais à la lutte contre la tuberculose et la nécessité d'une implication multisectorielle, le PNLT bénéficie d'une place privilégiée au sein du Ministère de la Santé Publique. Ainsi, il est rattaché au Cabinet du Ministre de la Santé Publique en matière politique et administrative et à la direction chargée de la lutte contre la maladie en

---

<sup>114</sup> Un facteur déterminant l'attribution des fonds est la preuve de l'engagement de l'Etat et de sa volonté de lutter contre ces maladies, engagement qui doit se traduire par l'existence d'une ligne budgétaire et d'un dispositif permettant de coordonner tous les efforts. Les trois programmes financés par le Fonds Mondial ont d'ailleurs à peu près la même structure : un Comité National de lutte, un Groupe Technique Central avec un Secrétaire Permanent chargé de coordonner la politique validée par le Comité National et de superviser les activités des différentes Unités Provinciales ou Groupes Techniques Provinciaux. Maintenant, en fonction des objectifs du programme et des spécificités de chacune de ces pathologies, d'autres éléments seront rajoutés à l'organigramme.

*matière technique et opérationnelle, il bénéficie d'une autonomie financière, il est élargi à différents autres secteurs publics et privés, à la société civile et aux partenaires au développement. Il bénéficie d'une assistance scientifique permanente. Il est représenté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.» (Minsanté, Ibid. : 74). La nouvelle structure peut être schématisée de la manière suivante.*

Schéma 2 : La nouvelle structure



**NIVEAU INTERMEDIAIRE**



Unité provinciale de lutte  
contre la tuberculose

**NIVEAU PERIPHERIQUE**



Unité du district pour la lutte  
contre la tuberculose

CDT

**Source :** Minsanté, 2003, annexes 1.

De trois personnes au démarrage du programme, on est donc passé à cette structure fortement «alourdie d'un personnel qui ne cherche pas à s'améliorer et dont l'objectif en fin de compte est de cacher le détournement des fonds attribués par le Fonds Mondial ».<sup>115</sup>

Aujourd'hui, le PNLТ dispose pour son Groupe Technique Central de locaux qui lui sont propres mais qu'il faut aménager et équiper de moyens de communication (téléphone, fax, Internet). Précisons par ailleurs qu'en 2002, avec la création de ce Groupe Technique Central, l'équipe qui avait mis sur pied le programme a été écartée. Pour certaines personnes, le ministre de la Santé publique, francophone, aurait nommé « son frère » à la place d'un anglophone, afin de « manger » ensemble ; pour d'autres, le premier avait l'audace de contredire le ministre de la Santé publique tandis que son remplaçant, plus malléable et plus respectueux de son autorité, lui convient mieux.

Le PNLТ est donc fonctionnel au Cameroun depuis 1996 avec une rupture importante en 2002 par l'entrée du Fonds Mondial dans le financement de la lutte antituberculeuse. Le programme couvre actuellement toutes les provinces du pays et plusieurs CDT sont en voie de construction. Des professionnels sont formés régulièrement au dépistage, à la prise en charge des malades et à la gestion des outils de surveillance du programme. Les laboratoires fonctionnent en général bien et le taux de dépistage n'a pas cessé d'augmenter. Le programme dispose maintenant de locaux propres, mais le mobilier, les moyens de déplacement et de communication sont toujours attendus. Il est prévu d'équiper chaque province d'une voiture. Un système informatique déjà conçu permettra le traitement des données et une connexion à Internet facilitera leur transmission et les communications entre les différents responsables du programme. Un Plan Stratégique National de Lutte contre la Tuberculose pour 2003-2007, qui précise les activités à mener et les résultats à atteindre pendant ces quatre années, a été élaboré. Dans le cadre de ce plan stratégique, l'un des objectifs du ministre de la Santé était de parvenir à la gratuité du traitement antituberculeux, ce qui est une réalité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2004. Par sa section mobilisation sociale, le PNLТ commence à affirmer sa présence dans l'espace médical urbain et rural. Les populations seront grâce aux messages diffusés de plus en plus sensibilisées à la question de la tuberculose et informées de la curabilité de l'affection, de la disponibilité et surtout de la gratuité des traitements. « *Par la diffusion des connaissances sur la maladie TB et par la promotion des services existants,*

---

<sup>115</sup> Propos recueillis auprès d'un membre du CNLT. Il est peut-être prématuré de dénoncer les inconvénients de cette augmentation du personnel, même si on ne peut s'empêcher de penser à une sorte de gaspillage des fonds désormais disponibles. On espère cependant que cet alourdissement ne sera pas doublé d'inefficacité.

*la communication pour le changement de comportement (CCC) et le plaidoyer pour la TB contribueront : à une présentation plus précoce des malades aux services, à l'augmentation du taux de guérison par l'adhésion des malades à leur traitement, à la déstigmatisation » (Trébuq, 2005 : 14). C'est pour ces raisons qu'il est prévu, dans le budget fourni par le Fonds Mondial, de contacter une agence pour organiser un plan national de communication et/ou une autre pour élaborer, produire et distribuer du matériel de communication (Trébuq, Idem).*

Sur le plan structurel, le PNLT s'enracine donc progressivement dans le champ de la santé publique au Cameroun. Qu'en est-il du plan opérationnel ? La gratuité et la présence du PNLT dans la ville à travers la section mobilisation sociale et communication, la question du lien VIH/Tuberculose et des perspectives de collaboration entre les deux programmes (PNLT/PNLS), l'intérêt de plus en plus porté sur la question de la supervision directe du traitement sont les principaux changements qu'on peut noter.

### III- GRATUITE, VRAIMENT ?

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2004, le traitement de la tuberculose est officiellement gratuit au Cameroun. Rendre le traitement de la tuberculose gratuit était un des objectifs majeurs du ministre de la Santé publique ; cependant, la décision est arrivée alors que les mesures n'avaient pas été prises pour la mettre en œuvre. Du coup, elle n'a pas été sans conséquences sur le fonctionnement de certaines unités provinciales de lutte contre la tuberculose.

Avant la décision de rendre le traitement antituberculeux gratuit, les sommes versées par les malades et déposées sur un compte bancaire permettaient de pallier les besoins ponctuels des CDT : outils de gestion, consommables de laboratoire etc., et donnaient de la sorte une certaine marge de manœuvre aux responsables provinciaux. Lors des supervisions, on pouvait savoir quelle somme d'argent avait été prélevée de ces comptes et à quoi elle avait servi. Il est prévu, comme le note Trébuq (Ibid. : 18), que l'argent versé par les patients soit subventionné par le Fonds Mondial et déposé sur les comptes provinciaux susmentionnés : « *Les 5.000frs CFA qui étaient versés par chaque tuberculeux pour sa prise en charge sont, depuis le premier octobre, payés par le Fonds Mondial directement au niveau de comptes bancaires ouverts spécifiquement pour la tuberculose dans chacune des Délégations provinciales* ». Plus loin (P.19) le

même auteur écrit : « Avec la mise en place de la gratuité les comptes CAPP ne sont plus alimentés ».<sup>116</sup>

Dans certaines provinces, les responsables d'unité s'étaient emparés des sommes existant sur les comptes. Ailleurs, les fiches de suivi en rupture de stock ne pouvaient être remplacées parce que le compte provincial était vide. En attendant que « Yaoundé » (le niveau central) décaisse les financements nécessaires pour les activités, le personnel palliait ce manque par des photocopies. En dehors de ces dysfonctionnements, certains professionnels craignaient que cette disposition n'entraîne une extrême centralisation des décisions. En effet, disait l'un deux, « lorsque le bailleur de fonds était présent dans la province et qu'on avait de l'argent dans ce compte, s'il y avait un problème, j'allais rapidement en discuter avec lui et on trouvait une solution. L'argent était décaissé et l'activité menée ou le problème résolu. Aujourd'hui on nous demande de faire des rapports et des plans annuels. Tu te casses la tête à concevoir un truc pour lequel tu ne vas pas t'expliquer et tu ne reçois même pas tout le financement demandé. Tu vas encore être obligé de sélectionner parmi les activités qui sont financées celles qui sont les plus urgentes, parce que c'est toi qui connais ton terrain. Eux, ils ne peuvent pas savoir quelles sont les activités qui sont les plus urgentes. Tu défalques alors les fonds réservés à une activité pour une autre que tu considères plus urgente. En ce moment même, les supervisions devaient avoir commencé. Mais nous sommes là, nous n'avons pas bougé, nous attendons les ordres et les sous de Yaoundé ».

Il est peut-être important de souligner que, dans l'état actuel des choses, il n'est pas possible de garantir la pérennité de la gratuité du traitement antituberculeux, encore moins celle du PNLT. En effet, avec l'entrée du Fonds Mondial dans le financement de la lutte contre la tuberculose (le Fonds Mondial devait financer seulement certaines activités : la supervision, l'évaluation, l'approvisionnement en médicaments et consommables de laboratoire, la logistique : voitures, motos, ordinateurs), on observe une réticence des bailleurs de fonds à assurer la subvention des activités antituberculeuses et certains arrivent au terme des engagements qu'ils avaient pris. Seuls ALES et la GTZ pourraient poursuivre leur soutien : supervisions, contrôle de qualité, activités dans les prisons, liaison avec le VIH dans les trois provinces où la GTZ est impliquée : Nord-Ouest, Sud-Ouest et Littoral, tandis que ALES poursuivra son soutien aux provinces du Sud et de l'Adamaoua. L'Union Européenne, quant à elle, se retirera du secteur santé en 2005. Une large part des activités de lutte contre la tuberculose serait donc alors couverte

---

<sup>116</sup> Ma propre expérience sur le terrain m'a fait penser que soit le dispositif n'était pas encore mis en place, soit le remboursement n'existait que dans les textes.

par les financements du Fonds Mondial. Ces financements sont assurés pour une période de cinq années au terme de laquelle les performances du programme seront évaluées. Trois jugements permettront de décider de la suite. « *Go* » : les financements se poursuivent, « *No go but* » : les financements pourraient se poursuivre et « *no go* » : les financements s'arrêtent. Un retrait du Fonds Mondial créerait à coup sûr un déséquilibre, qu'il faut prévoir à l'avance. Les malades qui prendront l'habitude du traitement gratuit se remettront difficilement à payer pour leur traitement et un déclin du programme créerait les conditions favorables à la multiplication des tuberculoses multirésistantes, entachant la réputation du PNLT, « *qui est reconnu comme l'un des programmes les plus performants du Cameroun* » (Trébuq, 2005 : 6). Vinh-Kim Nguyen (2001) remarquait judicieusement qu'en médecine c'est « *tout ou rien* ». Cette proposition est particulièrement vraie pour la tuberculose. Lorsqu'on démarre une activité de lutte contre cette pathologie, on doit s'assurer que les conditions sont réunies pour assurer un fonctionnement correct de l'activité, au risque d'aggraver la situation de départ.

J'ai déjà noté que si la gratuité existait, elle se limitait exclusivement aux médicaments antituberculeux. Mais avant d'être mis sous traitement, le malade doit payer divers frais qui sont autant d'obstacles à l'accès d'une certaine catégorie de personnes au traitement. Normalement, seul l'examen de crachat est demandé aux patients chez qui on suspecte une tuberculose ou qui suivent un traitement antituberculeux. Pendant la durée du traitement, le malade doit réaliser trois séries d'examens de crachats. Ces examens s'étalent chacun sur une durée de trois jours (je l'ai déjà expliqué). Pour ces trois examens, il débourse une somme allant de 500frs à 1000frs. Or suivant l'état général du patient, le traitement de la tuberculose peut s'accompagner de complications sévères ; il doit par ailleurs être tenu compte du fait que la maladie est souvent associée au VIH/SIDA. Ainsi en plus de la bacilloscopie, le seul examen prescrit par le PNLT, dans certaines structures sanitaires, principalement les hôpitaux de districts et les hôpitaux de référence, des radiographies des poumons, la sérologie au VIH, la vitesse de sédimentation, les transaminases, la NFS (numération formule sanguine) etc., sont demandées aux malades. Finalement, suivant les structures de soins ou le lieu où elles sont réalisées, l'ensemble des examens exigés avant le « *traitement gratuit* » peut dépasser 15 000frs CFA. A ce propos, un patient remarquait : « *Ce sont les examens de contrôle qui nous tuent. Ça fait environ 7000frs avec la radio et l'albumine. Quand on dit que le traitement est gratuit, on peut vraiment penser qu'on ne paie rien. Mais les examens là prennent l'argent donc il ne fallait pas qu'on prononce le*



mot « njoh »<sup>117</sup> », ce à quoi une infirmière répondait : « *Mais il s'agit de votre santé et le traitement peut détériorer quelque chose. Il faudrait qu'on s'assure de ça. Avant de prescrire un traitement antituberculeux, le médecin doit s'assurer qu'il n'existe pas d'autres maladies* ». A côté de ces examens, le malade doit payer un forfait journalier s'il est hospitalisé pendant la première phase de son traitement ; les coûts varient suivant les formations sanitaires. Dans certains CDT, il doit aussi déboursier « *des frais de dossiers* » qui s'élèvent à environ 2000frs CFA, une somme qui pousse à s'interroger sur la nature de ce dossier. Il s'agit en fait d'une chemise cartonnée et de quelques feuilles blanches qui serviront à enregistrer les informations relatives à l'évolution du traitement des patients. Comme pour tous les produits commercialisés, on peut noter des ruptures du stock de « *dossiers* » ou rencontrer des malades obligés de retourner chez eux afin de réunir la somme nécessaire pour l'achat du « *dossier* », des malades qui sont parvenus jusqu'à la formation sanitaire et qui n'ont pas les moyens nécessaires pour réaliser les examens requis avant la mise sous traitement ou qui doivent choisir entre payer pour les examens et ne pas avoir de quoi assurer le retour en transport. Je vais illustrer la réalité de l'obstacle à l'accès au traitement que constituent ces frais divers en rendant compte du cas de M. Jean-Paul.

J'étais retournée à l'Ouest où je souhaitais réactualiser mes données et me rendre compte des changements deux années après mon dernier passage. Le nouveau médecin avait modifié le parcours des tuberculeux. Il assurait toutes les consultations ; une infirmière installée devant son cabinet organisait l'ordre de passage et enregistrait les prescriptions. Elle classait les carnets de consultation par ordre d'arrivée et les déposait sur le bureau du médecin qui appelait chacun à son tour. Lorsqu'une tuberculose était suspectée, le médecin prescrivait un examen de crachats et les patients positifs étaient envoyés à l'infirmier chargé du suivi des malades tuberculeux.

J'étais arrivée autour de 14h30. Une dizaine de malades attendaient encore devant le bureau du médecin. Il fallait attendre qu'il ait fini avec ses consultations pour le rencontrer. Je ne savais pas combien de temps j'allais attendre, mais j'en profiterais pour réaliser quelques observations.

---

<sup>117</sup> Gratuit en « *camfranglais* » : parler des jeunes ; c'est un mélange de français et de « *pidgin english* », qu'on appelle aussi « *créole anglais* ».

Alors que j'observais le déplacement des malades qui entraient et sortaient de son cabinet, j'entendis un sifflement. Je l'assimilai d'abord au glissement des sandales sur le sol. Mais la simultanéité des deux sons me poussa à changer d'hypothèse et à penser à la respiration des patients à un stade très avancé de la maladie. Je regardai autour de moi pour voir à qui attribuer ce sifflement. Je vis alors étendu sur un banc un homme dont on pouvait, à partir du mouvement de sa cage thoracique, imaginer l'immense effort qu'il devait fournir pour inspirer et expirer. Le médecin appela M. Jean-Paul. En général, dès le premier appel, le patient répondait présent et après trois pas de longueur moyenne, il se retrouvait face à la porte du cabinet du médecin. Le médecin appela M. Jean-Paul une fois, deux fois, trois fois ; au quatrième appel, M. Jean-Paul parvint à articuler un « présent monsieur », essaya alors de se mettre sur ses jambes et avança, en titubant, jusqu'à la porte du cabinet. Quelques instants plus tard, il en ressortit et se précipita sur le banc, à bout de souffle. L'infirmière lui prit son carnet et, notant ce qui y était inscrit, elle lui dit : « M. Jean-Paul, faites un effort, allez à la fenêtre en face acheter ce produit et on vous le posera tout de suite ». Entre-temps, le médecin avait fini ses consultations ; il pouvait donc me recevoir. La conversation dura environ vingt minutes et je quittai son cabinet en fermant la porte derrière moi. Me retournant, je vis M. Jean-Paul toujours couché sur le banc. « Monsieur Jean-Paul, lui demandai-je, tu n'es pas allé chercher les médicaments ? ». Il se redressa et répondit : « Non ! ». « Tu ne peux pas ?<sup>118</sup> » « Oui ! »<sup>119</sup> Affirma-t-il entre deux souffles. « Voudrais-tu que j'aie le faire pour toi ? » : « Non, je n'ai pas d'argent. Si je les achète, je n'aurai pas d'argent pour payer mon retour ».

Quelle attitude adopter ? Nous n'étions plus que deux devant le cabinet du médecin. L'infirmière avait rangé ses affaires et quitté les lieux. Les autres malades, assis devant le pavillon des tuberculeux, m'observaient. Fallait-il que je lui donne de l'argent pour payer son déplacement ? La somme prévue pour son déplacement lui servirait alors à acheter les médicaments qui lui avaient été prescrits. Mais son état étant très avancé, on lui demanderait certainement des examens complémentaires. Trouverait-il l'argent nécessaire pour les réaliser ? Si je m'engageais à payer pour M. Jean-Paul, jusqu'où devais-je aller ? J'étais observée par les autres malades ; si je commençais à payer pour M. Jean-Paul, il fallait prévoir des

---

<sup>118</sup> Pour dire : « Tu n'as pas la force de t'y rendre ? »

<sup>119</sup> Oui, pour non je ne peux pas.

sollicitations ultérieures. Comment lui venir en aide ? Appeler un taxi ? Lui donner quelques pièces d'argent juste pour me débarrasser de mon sentiment de culpabilité ? Finalement, honteusement, je quittai M. Jean-Paul qui s'était de nouveau allongé sur le banc et quittai les lieux. Il allait certainement retourner chez lui sans avoir reçu de soins, pourtant « *depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2004, le traitement de la tuberculose est entièrement gratuit au Cameroun.* »

En dépit de cet exemple qui n'est malheureusement pas unique, les conséquences de la gratuité sont très positives au sein de la population camerounaise, même si, notait le chef d'une unité provinciale, on a noté quelques réticences de la part de personnes « *sceptiques* ». Ces personnes se méfiaient de la qualité de ces médicaments. En effet, pensaient-elles, comment peut-on donner gratuitement des médicaments de bonne qualité aux malades ? Ce type de malades, précisera toujours ce chef d'unité provinciale, exigeait souvent une ordonnance pour acheter les médicaments dans les pharmacies privées. C'est d'ailleurs, indiquait-il, pour ces raisons qu'on n'avait pas remarqué une grande affluence par rapport aux attentes du 4<sup>e</sup> trimestre 2004. C'est à partir du 1<sup>er</sup> trimestre 2005 que les « *sceptiques* » ont été convaincus grâce à la sensibilisation, au témoignage des malades et au bon fonctionnement du Programme et cela a entraîné une augmentation de la charge de travail du personnel de laboratoire et de traitement.

#### IV- LE PNLT DANS LA VILLE

Dans le nouvel organigramme du PNLT, une Section Mobilisation Sociale et Communication a été prévue et les affiches qu'on peut voir apposées dans les formations sanitaires et les CDT sont un des signes de son activité. En dehors de la diffusion des messages par le biais des affiches, cette cellule profite de diverses occasions pour informer la population : semaine de la jeunesse, fête du travail, tour cycliste international etc. Mais la célébration de la « *journée mondiale de la tuberculose* » constitue le clou de ses activités.

##### 1- La célébration de la « *journée mondiale de la tuberculose*<sup>120</sup> » : une expérience insolite

Depuis plus d'une semaine, les émissions radio et les banderoles dressées dans la ville de Yaoundé annonçaient la célébration de la « *journée mondiale*

---

<sup>120</sup> C'est une journée célébrée à l'image des anciennes campagnes du timbre antituberculeux. Le but est pendant une période limitée, la même chaque année, d'attirer l'attention sur la tuberculose, de faire le point sur les problèmes posés par la maladie, l'état de la recherche et de réunir les fonds nécessaires pour poursuivre la lutte. Cette année, le thème de la journée était : « *Prestataires de soins, héros de la lutte contre la tuberculose* ».

*de la tuberculose* » le lundi 28 mars à l'hôtel Hilton de Yaoundé. En fait, cette journée est célébrée à travers le monde le 24 mars ; mais le 24 mars est aussi la date d'anniversaire du RDPC et, tous les ans, cette journée est marquée par de grandes festivités avec un retentissement médiatique important. C'est un anniversaire célébré même dans les communautés rurales à travers les comités de base du RDPC. De nouveaux pagnes, de nouveaux tee-shirts sont distribués. Des parades sont organisées ; les membres du parti sont reçus par les présidents des comités de base etc. C'est en bref la fête, et les médias et la population sont mobilisés. Conscient de cette « concurrence », le secrétaire permanent du Groupe Technique Central avait choisi de décaler de quelques jours la célébration de la « *journée mondiale de la tuberculose* » à Yaoundé et de l'organiser le 28 mars. Mais le 24 mars, le ministre de la Santé publique a décidé que la journée mondiale de lutte contre la tuberculose serait célébrée ce jour même à Yaoundé. Le personnel de la Section Mobilisation Sociale et Communication était aussi présent ce matin- là à la Direction de la santé communautaire pour poursuivre les activités de sensibilisation. L'objectif de ce 24 mars était d'organiser une kermesse ; elle devait avoir lieu sur l'esplanade de la Direction de la Santé Communautaire, mais rien n'avait commencé. Vers 11h, la pluie qui avait empêché le démarrage des activités s'est arrêtée et l'équipe, informée de la décision du ministre, a installé son matériel.

Une tonnelle blanche avait été louée pour l'occasion. Sous la tonnelle, deux tables avec quelques chaises avaient été installées pour le confort des personnes chargées de sensibiliser le public. Tout autour de la tonnelle, les affiches avaient été collées et des piles de dépliants éducatifs à distribuer posées sur les tables. Des jeunes avaient été engagés pour distribuer les dépliants aux passants. On avait fait venir un technicien et du matériel de sonorisation. Une fois installé, il se diffusait un air créé pour l'occasion avec les paroles suivantes : « *La santé n'a pas de prix. La tuberculose est une maladie sérieuse. Elle est contagieuse et elle dure. Heureusement, elle est guérissable. Elle se manifeste par une toux et des accès de fièvre. Si la toux persiste pendant trois semaines, allez vite faire le test, le test de crachats qui coûte moins cher, 1000 FCFA. Si le test est positif, suivez le traitement. Il est gratuit. Madame, vaccinez vos enfants avec le BCG dès leur naissance. Hommes, femmes, méfiez-vous, riches pauvres, vous êtes tous concernés ! Jeunes, vieux, ne vous amusez pas. Tout le monde peut se traiter. Tuberculose, on va te combattre. Votre souffle, votre respiration est importante. Tuberculose, on va te vaincre. Le traitement est gratuit. Tuberculose, on va te vaincre* ». Entre deux extraits de cette musique, le technicien passait, sur fond musical, un message de « sensibilisation ». Semblable au texte diffusé les jours précédents sur les antennes de la radio, le message en dix points, manié au rythme de la musique, se présentait ainsi :

I- Si vous

Toussez depuis trois semaines

Avez de la fièvre

Transpirez la nuit,

Perdez du poids et êtes fatigué,

C'est peut-être la **TUBERCULOSE**. Faites-vous consulter à l'hôpital.

II- Les examens de crachats se font dans les hôpitaux de district et certains centres spécialisés ou centres de dépistage de la Tuberculose (**CDI**). **Tousseurs, faites examiner vos crachats (dans un centre de dépistage.)**

III- La tuberculose est une maladie contagieuse causée par un germe : le bacille de Koch. Elle se transmet par l'air contaminé par le malade.

IV- Les examens de crachats ne coûtent que 1000frs. **Tousseurs, tousseuses ! Allez dans un centre de dépistage et faites examiner vos crachats.**

V- La tuberculose est une maladie comme les autres. Elle n'est ni un sort, ni une malédiction. Toute personne (homme ou femme, riche ou pauvre, jeune ou vieille) peut l'attraper.

Tousseurs, tousseuses ! Faites-vous consulter.

VI- **LA TUBERCULOSE** est guérissable. **DOTS** : traitement de courte durée sous observation directe est la stratégie de contrôle et de traitement internationalement recommandée.

VII- Malades tuberculeux, faites-vous traiter avec **DOTS**.

VIII- Personnes guéries de la tuberculose, informez les malades et le public sur l'efficacité de la stratégie **DOTS**.

IX- Chers parents, faites vacciner les enfants à la naissance avec le BCG, principale mesure de prévention contre la tuberculose.

X- Membres de la famille, encadrez le malade tuberculeux. Il n'est plus contagieux dès lors qu'il est sous traitement DOTS<sup>121</sup>.

Pendant que les messages étaient diffusés, on pouvait voir les jeunes recrutés pour l'occasion distribuer les dépliants « éducatifs ». Sur le banc où je m'étais installée pour observer la scène, plusieurs personnes se sont succédé ; les propos et les discussions captés peuvent donner une idée de l'impact de cette action. Pour commencer, une amie que j'y avais retrouvée par hasard me dit : « *Ce n'est pas ici qu'ils doivent faire ce truc. Qu'ils aillent dans les marchés. A la « Briqueterie » par exemple, à « Mvog-mbi » (quartiers populaires très animés). Là, ils trouveront des gens qui ont besoin d'entendre ce message. Et ces gens qui distribuent les tracts autour des ministères, ce n'est pas le lieu... Qu'ils aillent dans les marchés* ». Plus tard, une femme qui quittait son bureau pour sa pause, surprise par cette agitation, demanda ce qui se passait. Après avoir été informée, elle prit place près de moi. Un des jeunes hommes qui distribuait les dépliants vint aussi nous rejoindre. Le responsable de la sonorisation faisait passer son message de sensibilisation. Arrivé aux causes de la tuberculose, le jeune garçon a été saisi et m'a posé la question suivante : « *Tiens, il dit que c'est transmis par le bacille de quoi ? Il dit bacille de Koss. C'est le bacille de Koss ou de Koch ?* » La femme près de moi lui a répondu : « *Mais toi qui es chargé d'éduquer, tu ne connais même pas par quoi est transmise la maladie au sujet de laquelle tu es censé instruire les gens ? C'est le bacille de Koch.* » Les fonctionnaires se relayaient et en général, à la vue de l'animation, c'était la même réaction de surprise suivie de la question : « *Que se passe-t-il ici ?* » Ensuite, rejoints pas leurs collègues, ils discutaient, alors que les messages de sensibilisation étaient diffusés, des problèmes d'avancement, de corruption, des précautions à prendre pour constituer les dossiers d'avancement, notamment la nécessité de photocopier toutes les pièces jointes au dossier, au cas où elles seraient volées ou « disparaîtraient » entre deux bureaux. Ils évoquaient également les conflits entre collègues.

Jusque vers 14h30, le stand et la musique ne semblaient attirer personne. On voyait, assis autour des vendeuses de plats installées sur l'esplanade, des gens en train de déjeuner ; parmi eux, certains semblaient intéressés et écoutaient attentivement. Plusieurs parmi eux n'avaient pas reçu le dépliant distribué et, en les observant, on pouvait deviner qu'ils voulaient en savoir plus mais n'osaient pas se lever pour se rendre sous la tonnelle. Par contre, dès qu'une personne s'avançait vers celle-ci, elle était suivie de deux ou trois

---

<sup>121</sup> PNLT, Message radio-TV pour la journée mondiale de la tuberculose. Les mots en gras figurent ainsi dans le texte du message.

autres. Sinon, chacun achevait son repas et s'en allait. Rares étaient les passants qui s'approchaient spontanément de la tonnelle. Pendant cette période « morte », un événement intéressant s'est produit. Une malade mentale, que je suppose avoir été attirée par la musique, s'est approchée progressivement. Elle s'est emparée de deux affiches qu'elle a posées sur son corps. Au rythme de la musique, elle dansait le long du mur entourant l'esplanade. Les passants s'arrêtaient pour la regarder et, pendant un moment, c'est elle qui fut, plus que la « campagne de sensibilisation » qui se déroulait, l'objet de toutes les attentions et de tous les regards. Il faut dire que mon regard même s'est longtemps arrêté sur cette femme qui se balançait avec assez de grâce au rythme de la musique, qu'elle semblait par ailleurs apprécier, puisque quelques minutes plus tard, le responsable de la sonorisation, devant aller se restaurer, a arrêté la musique. Elle a levé le bras en signe de colère et de protestation et a crié : « *Mais envoie-moi la musique !* » N'ayant pas été satisfaite, la « folle » a abandonné les affiches avec lesquelles elle s'était couverte et s'en est allée, nous replongeant à nouveau dans la monotonie. A partir de 15h30, alors que les parkings se vidaient, on voyait de plus en plus de personnes s'arrêter devant l'esplanade, regarder les affiches apposées sur la tonnelle et poursuivre leur chemin. D'autres s'avançaient jusqu'à la tonnelle et recevaient le dépliant conçu pour l'occasion. Il ne se passera rien de spécial jusqu'à ce que je quitte les lieux vers 16h30.

Le lendemain matin, les cérémonies devaient se poursuivre. Informée par hasard qu'elles se déroulaient à la salle de conférences du ministère de la Santé, je m'y suis précipitée. Le ministre de la Santé prononçait son allocution ; il avait été précédé de la représentante de l'Organisation Mondiale de la Santé et du secrétaire permanent du Groupe Technique Central. Le personnel de santé présent et les membres de la section mobilisation sociale et communication avaient tous enfilé le tee-shirt confectionné à cette occasion. On retrouvait surtout le personnel de l'hôpital Jamot et celui du dispensaire de Mvolyé, classé à cette occasion meilleur CDT de la ville de Yaoundé. L'allocution du ministre signalait la fin des célébrations. Il semble que le personnel devait recevoir une « motivation » et la réclamait. On lui a répondu que tout se réglerait au siège du programme. Vexée, une infirmière a alors déclaré : « *Quand il est question de boulot, on nous appelle. Si c'est l'argent, on nous chasse* ». Après avoir joué des coudes avec les journalistes pour me procurer toutes les allocutions, je me suis précipitée au siège du programme où je pensais retrouver les infirmiers récompensés en train de festoyer. A ma grande surprise, rien ne se passait. Les fonctionnaires étaient installés chacun à son poste de travail.

La « *journée mondiale de la tuberculose* » fut donc célébrée le 24 mars et non le 28 comme annoncé dans la ville de Yaoundé. J'ai regardé dans la presse le retentissement médiatique de l'événement. Pour le faire, j'ai choisi de jeter un coup d'œil sur deux journaux de la place, le *Cameroun Tribune* et *Le Messenger* qui me semblaient représentatifs<sup>122</sup>. Dans sa rubrique « Agenda », le quotidien national *Cameroun Tribune* avait consacré quelques lignes à la tuberculose. *Le Messenger* ne donnait aucune information et *Mutations*<sup>123</sup>, un troisième quotidien, y consacrait sa page « Santé ». Il est difficile de mesurer l'impact de ces activités mais on est en droit de se demander s'il n'y a pas là d'importantes sommes d'argent versées pour d'infimes bénéfices. Il est sans doute encore trop tôt pour analyser la circulation des « *fonds mondiaux* ».

## 2- L'imagerie dans la lutte contre la tuberculose au Cameroun

J'évoquais dans les passages précédents les tracts distribués lors de la « *journée mondiale de lutte contre la tuberculose* » et les affiches apposées autour du stand qui abritait l'équipe chargée de la sensibilisation. Ces tracts, sous forme de dépliants, reprennent comme on peut le voir sur les suivants « *ce qui est bon à savoir* » sur la tuberculose.

---

<sup>122</sup> Sur les raisons du choix de ces deux quotidiens, je dirai simplement qu'après la prise du pouvoir par Amadou Ahidjo, le *Cameroun Tribune* restera jusqu'au milieu des années 90 l'unique quotidien national autorisé au Cameroun. *Le Messenger* sera quant à lui créé au début des années 90, les « années de tourmente », et adoptera dès ses premières parutions une position critique vis-à-vis du gouvernement Biya, se classant alors dans la catégorie des journaux dits « de l'opposition ». Il paraissait alors trois fois par semaine et reste l'un des journaux « de l'opposition » les plus lus au Cameroun.

<sup>123</sup> N'ayant trouvé aucune information sur la tuberculose dans *Le Messenger*, j'ai décidé de regarder un troisième quotidien et mon choix s'est porté sur *Mutations*. C'était une question de préférence personnelle ; j'y avais quelquefois trouvé des articles enrichissants.



Image 1 : « Ce qui est bon à savoir » sur la tuberculose





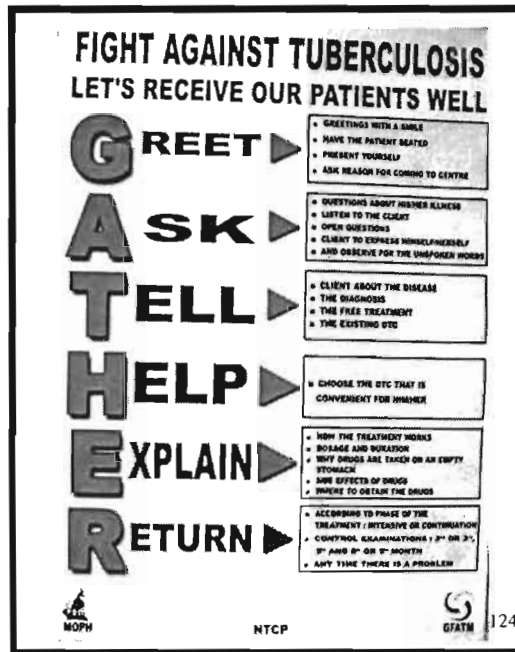
<p><b>QUEL EST LE ROLE DE L'ENTOURAGE DU MALADE TUBERCULEUX ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le soutien de la famille, de l'entourage et de la communauté est très important pour le malade.</li> <li>- Un malade tuberculeux ne doit pas être abandonné car il n'est plus contagieux après le début du traitement.</li> </ul>  <p><b>QUELS SONT LES CONSEILS A DONNER AUX MALADES EN COURS DE TRAITEMENT ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre ses médicaments le matin à jeun et noter la prise sur la carte individuelle de traitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne jamais prendre un seul médicament antituberculeux, sinon il deviendra inefficace et la maladie sera impossible à soigner après.</li> <li>- Ne jamais interrompre son traitement sans l'avis de son médecin, même si l'on se sent mieux.</li> <li>- Signaler les éventuels effets secondaires des médicaments au personnel de santé. Ne pas hésiter à poser des questions sur la maladie.</li> <li>- Ne jamais ajouter un autre médicament à son traitement sans l'avis du médecin.</li> <li>- Se couvrir la bouche quand on tousse et cracher dans des mouchoirs en papier qu'il faudra jeter. Ne pas cracher par terre.</li> <li>- Aérer la chambre le jour en ouvrant la porte et les fenêtres.</li> </ul> <p><b>COMMENT PREVENIR LA TUBERCULOSE ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En dépistant rapidement les malades et en les soignant jusqu'à la guérison complète :</li> <li>- En faisant vacciner les enfants au BCG dès la naissance ;</li> <li>- En luttant contre les facteurs favorisants (manque d'hygiène, malnutrition, cigarette, alcool...).</li> </ul>	<p><b>PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PNLT)</b></p> <p><b>LES REPONSES A VOS QUESTIONS SUR LA TUBERCULOSE</b></p>  
---	---	--

Image 2 : « Ce qui est bon à savoir » sur la tuberculose (suite)

<p><b>QU'EST-CE QUE LA TUBERCULOSE ?</b></p> <p>La tuberculose est une maladie infectieuse causée par un microbe. Elle est contagieuse quand elle n'est pas traitée. C'est une maladie comme une autre.</p> <p><b>COMMENT SE TRANSMET CETTE MALADIE ?</b></p> <p>En toussant, en crachant ou en éternuant, un malade non-traité envoie des microbes dans l'air. Lorsqu'une personne en bonne santé respire de l'air contaminé, elle peut développer par la suite la maladie.</p> <p>Il est exceptionnel d'attraper la maladie par contact avec les objets souillés par un malade (mégot de cigarette, gobelet, bouteille).</p> <p><b>QUELS SONT LES FACTEURS QUI FAVORISENT LA TUBERCULOSE ?</b></p> <p>Au niveau de la communauté :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promiscuité ;</li> <li>- Habitat sombre et non aéré ;</li> <li>- Conditions d'hygiène médiocre ;</li> <li>- Dépistage tardif des malades (qui ont déjà contaminé leur entourage) ;</li> <li>- Pauvreté ;</li> <li>- Insuffisance d'information sur la tuberculose.</li> </ul>	<p>Au niveau de l'individu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection à VIH/SIDA ;</li> <li>- Malnutrition ;</li> <li>- Diabète ;</li> <li>- Alcoolisme et tabagisme.</li> </ul> <p><b>QUAND FAUT-IL SUSPECTER LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ?</b></p> <p>Quand un malade tousse depuis au moins trois (03) semaines. La fatigue, la fièvre, la perte de poids, les sueurs nocturnes, les douleurs thoraciques et surtout la présence du sang dans les crachats peuvent aussi faire penser à la tuberculose.</p> <p><b>QUE FAIRE DEVANT CES SIGNES ?</b></p> <p>Devant ces signes, il faut aller au centre de dépistages le plus proche où l'on fera des examens de crachats à 1 000 FCEA.</p> 	<p><b>COMMENT EST TRAITÉE LA TUBERCULOSE ?</b></p> <p>La tuberculose est traitée par une association de plusieurs médicaments qui se prennent le matin à jeun. Le traitement dure 6 à 8 mois et les médicaments sont gratuits.</p> <p><b>LA TUBERCULOSE EST-ELLE UNE MALADIE GUÉRISSABLE ?</b></p> <p>Oui la tuberculose est guérissable à condition que les médicaments soient pris sans interruption jusqu'à la fin du traitement. Les personnels de santé, les volontaires et les membres des familles doivent vérifier que le malade prend son traitement chaque jour.</p> <p><b>OÙ SONT LES CENTRES DE DÉPISTAGE ET DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ?</b></p> <p>La tuberculose est dépistée et traitée dans tous les hôpitaux provinciaux et la plupart des districts de santé. Pour plus d'informations, allez à l'hôpital le plus proche.</p>
---	--	---

Les affiches sont quant à elles de quatre types : elles s'adressent aux professionnels de la santé, aux malades et à la communauté.

Image 3 : Aux professionnels de la santé

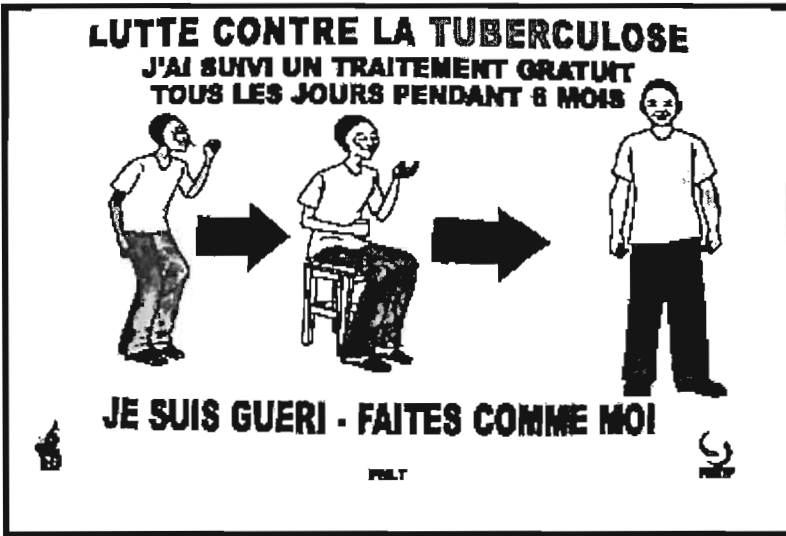


<sup>124</sup> Traduction : Lutte contre la tuberculose, recevons bien nos patients. Saluez avec le sourire. Demandez au patient de s'asseoir. Présentez-vous. Demandez les raisons pour lesquelles il se présente au centre de santé. Posez des questions au sujet de sa maladie. Ecoutez le client. Posez des questions ouvertes. Le client doit s'exprimer. Observez les non-dit. Eduquez le malade au sujet de sa maladie, du diagnostic, de la gratuité du traitement, des centres de diagnostics et de traitement existants. Aidez-le à trouver un centre de traitement qui lui convienne. Expliquez-lui les modalités du traitement, la posologie et la durée, pourquoi le traitement doit être pris à jeun, les effets secondaires, où obtenir les médicaments. Dites-lui de revenir, en fonction de la phase de traitement, des examens de contrôle ou s'il y a un souci. Je signalerai qu'il existe une version française de cette affiche sur laquelle je n'ai pas pu mettre la main.

Images 4 et 5 : Aux malades et à la communauté



Image 6 : Je suis guéri



Apposées dans les formations sanitaires, principalement sur les murs des CDT, ces affiches étaient un élément nouveau, qui en plus du fait d'égayer les murs donnaient à penser que la tuberculose était un réel sujet de préoccupation et soulignaient le désir d'arriver à vaincre tous les préjugés relatifs à la maladie, réels obstacles à son contrôle. Cependant, on ne peut s'empêcher de faire quelques commentaires au sujet des affiches. Si le message en lui-même est pertinent, le type d'illustration choisi est pour le moins surprenant et pose problème. Le but premier d'une affiche est d'attirer l'attention de celui qui passe, par les couleurs, les images et ensuite par le message qui les accompagne. L'une des méthodes les plus visibles pour propager l'information sanitaire, notaient Pozdniakova & al. (1988), consiste à faire voir les messages sur des panneaux d'affichage, des pancartes. La conception de ces pancartes devrait tenir compte d'un certain nombre d'éléments : leur sujet devrait être d'actualité, exprimé dans des couleurs originales avec des termes suscitant de l'émotion.<sup>125</sup> Il me semble qu'un tuberculeux, camerounais, aurait beaucoup de mal à s'identifier à ce malade guéri après avoir suivi son traitement pendant six mois (voir image 6) et ne se retrouverait pas parmi les membres de cette famille qui entourent un

<sup>125</sup> « One of the most conspicuous methods of propagating health information consists of displaying messages on placards (posters, billboards). These placards should satisfy certain criteria : their subject matter should be of current interest, novel, and stated in emotional terms. They should display original, saturated, and contrasting color » (Pozdniakova & al. 1988).

malade assis (Image 5) ! Les couleurs, l'architecture de l'habitation familiale (Image 5) ne correspondent pas à la réalité. L'accoutrement du malade est aussi éloigné de celle-ci. Un Camerounais de statut moyen (auquel ces images font penser) ne s'habillerait jamais de la sorte ! L'assortiment des couleurs est tel que, dans la réalité, il susciterait rires et moqueries. Dans la réalité telle que j'ai eu l'occasion de l'observer, le malade tuberculeux est plutôt allongé dans ce qui sert de lit. Cela peut être une natte, un matelas ou un lit. Ce lit est lui-même installé dans une chambre, dans une pièce qui fait office de chambre, cuisine, séjour, salle à manger, ou dans le pavillon tuberculeux d'un CDT. En bref, ces images ne rendent pas compte de la réalité de la tuberculose au Cameroun.

## V- REMETTRE LA « RELATION » AU CŒUR DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU CAMEROUN ? EXPERIENCE DANS UN CDT

### 1- Le circuit TB à S

Le malade qui arrive dans cette structure sanitaire doit, dans un premier temps, se présenter à la pharmacie. Là, il s'achète un carnet de soins s'il n'en a pas et paie un billet de cession (600frs). Il se dirige ensuite à l'accueil, où il est enregistré et orienté vers un médecin. Après auscultation, un certain nombre d'examen lui sont prescrits parmi lesquels l'examen de crachat et la radiographie des poumons, s'il présente les symptômes d'une tuberculose. Le malade retourne alors à l'accueil, paie pour ses examens et se présente avec les tickets attestant qu'il a payé au service de radiologie et au laboratoire. Il peut également choisir d'aller faire ses examens dans un laboratoire ou dans une clinique privée de la ville. Une fois en possession des résultats, il retournera voir son médecin. Si les résultats confirment l'hypothèse d'une tuberculose, le médecin indiquera dans le carnet de consultation le régime thérapeutique adapté et le patient sera envoyé vers un infirmier qui se chargera de l'inscrire dans le « *registre de la tuberculose* » et une « *carte de traitement antituberculeux* » lui sera remise. Il devra la présenter à chacun de ses passages dans ce service. Après avoir apposé son visa dans le carnet du patient, rempli sa « *fiche de traitement antituberculeux* » et sa « *carte de traitement antituberculeux* », l'infirmier l'enverra à la pharmacie. Là, le patient posera son carnet sur un bureau, avec une somme de 100frs CFA<sup>126</sup> et attendra à l'extérieur du local l'appel de son nom. Le local étant exigü et sans

---

<sup>126</sup> En fait les médicaments sont livrés en génériques et, pour les remettre aux patients, il faut un emballage. Le PNLT ne fournit pas d'emballage et cet achat n'est pas prévu dans le budget alloué à la pharmacie. Avec l'argent versé par les malades, le pharmacien se procure les sachets qui sont ensuite vendus au prix unitaire de 100frs ; à l'hôpital Laquintinie de Douala, ces mêmes sachets sont vendus à 250frs.

voie d'aération, cette mesure permet d'éviter un entassement des malades. Le pharmacien inscrit le patient sur le « *registre de la pharmacie* », vérifie que le numéro d'ordre inscrit sur sa fiche correspond à celui qui figure dans son propre registre. Il compte alors, pour chacun des comprimés que le malade doit avaler, la quantité nécessaire pour une durée qui variera d'une semaine à un mois, suivant le lieu de résidence du patient et ses talents de négociateur. Si une hospitalisation est nécessaire, le malade prend ses médicaments et va dans la salle qui lui a été attribuée. Sinon, il retourne chez lui et reviendra suivant les recommandations, deux ou trois jours avant épuisement du stock de médicaments qui lui a été donné. Lorsqu'il reviendra, il passera directement au bureau du PNLT, fera viser son carnet avant de se présenter à la pharmacie. Par contre, à la fin des deuxième et cinquième mois de traitement, il retournera voir le médecin qui lui prescrira un examen de crachat et un nouveau régime de traitement, suivant les résultats dudit examen.

Plusieurs obstacles empêchent le suivi exact de ce circuit et le bon déroulement de la prise en charge des tuberculeux dans cette formation sanitaire. D'après certains infirmiers, le principal obstacle ce sont le personnel « *externe* » au programme, qui ne comprend pas son intérêt et ne collabore pas, et la Direction qui « *marginalisent* » le PNLT. Les pavillons de la formation sanitaire ont notamment été équipés de téléphones, mais celui du PNLT non. Par ailleurs un micro-ordinateur avait été alloué à l'équipe chargée d'inscrire les malades au programme pour faciliter la centralisation des données. Le personnel a reçu une formation pour utiliser l'outil, mais l'écran est tombé en panne et n'a pas été réparé. Les meubles de rangements ne sont pas pratiques pour les personnes qui y travaillent et, à côté de tout cela, il y aurait de la part des médecins de l'hôpital une volonté manifeste de « *bloquer* » le programme, que la scène décrite dans le paragraphe suivant permettra d'illustrer. Je soulignerai au préalable qu'un séminaire avait été organisé pour former le personnel soignant aux principes du PNLT. Médecins et infirmiers devaient être formés conjointement. Les médecins ne se sont pas présentés, estimant qu'ils « *ne pouvaient être formés avec les infirmiers. Nous avons été formés, note une infirmière, et à la fin, ils sont venus réclamer les per diem* ».

## 2- Je vous parlais de pesanteur ?

J'avais commencé mes activités de recherches dans ce CDT depuis quelques jours. A mon arrivée tous les matins, je suivais le « *circuit tuberculose* », disais bonjour aux professionnels impliqués dans la prise en charge des malades avant de m'installer sur le lieu que j'avais choisi pour réaliser les observations du jour. Ce matin-là,

j'avais posé mes affaires auprès des infirmiers chargés d'inscrire les malades dans le « *registre de la tuberculose* ». J'avais également dit bonjour aux différents majors des pavillons tuberculeux et je me trouvais au laboratoire. Le chef du laboratoire était installé dans son cabinet étroit, assis derrière son microscope, avec deux piles de lames. A gauche, les lames qui avaient été analysées, à droite, celles qui restaient à lire. Alors que je m'apprêtais à lui souhaiter bon courage et une très bonne journée, une de ses collaboratrices est entrée dans la cellule. « B., lui dit-elle, les examens. La dame attend ! » Sans avoir attendu la réponse, elle se précipita sur la pile de lames et les fiches associées à chacune d'elles, les souleva une par une, prit une série de lames qu'elle posa au-dessus de la pile à analyser et quitta la pièce. Après avoir achevé la lecture de celle qui était alors sur le microscope, B. s'empara des lames que sa collaboratrice venait de poser au-dessus de la pile. Il posa une lame sur le microscope et me dit : « Viens voir ! » J'avais déjà, lorsque je travaillais avec l'équipe du laboratoire, eu l'occasion d'observer des lames au microscope. Jamais je n'avais vu autant de BAAR. B. appela sa collaboratrice : « C'est quoi ça ? » lui demanda-t-il. « Il y en a beaucoup, n'est-ce pas ? » répondit-elle « et c'est une mère de jumeaux ». « J'espère, dit B., qu'on va lui enlever ses jumeaux ». A ce moment-là, je quittai le laboratoire et retrouvai l'équipe avec laquelle je devais passer la journée. A peine m'étais-je installée qu'une jeune fille se présenta avec un carnet. Elle souhaitait qu'il soit visé afin d'obtenir les antituberculeux du responsable de la pharmacie. C. qui avec sa collaboratrice était chargé d'inscrire les malades au programme ouvrit le carnet ; le médecin avait oublié de mentionner le poids du malade. Cette information étant essentielle pour prescrire les antituberculeux, il demanda à la jeune fille d'aller chercher la malade. Elle répondit que la malade venait d'avoir des jumeaux et ne pouvait pas venir. (Je fis alors le rapprochement avec la scène au laboratoire). « C'est parce que c'est une mère de jumeaux qu'elle ne peut pas venir ? » Demanda la collaboratrice de C. ? Elle sortit et revint quelques instants plus tard, avec le poids de la patiente inscrit dans le carnet. « Le docteur avait oublié de l'indiquer » signala-t-elle. « Comment a-t-il pu avec la quantité de malades qui passe devant lui se souvenir du poids de cette femme ? » S'interrogea la collaboratrice de C. « Ça fait quand même trois jours qu'il l'a consultée ! Une fois, raconta-t-elle, le même problème s'est posé et le même médecin a donné un poids fictif. Quelques jours plus tard, lorsque le malade est arrivé, je lui ai demandé de monter sur la balance parce que j'avais des doutes quant

à l'exactitude du chiffre mentionné par le médecin. Il y avait 25 kg de différence ! »

« Ce n'est pas la première fois que j'amène un malade ici », s'écria la jeune fille.

« Est-ce que les fois précédentes on vous a dérangé ? » demanda l'infirmière. « La dernière fois le malade était là », répondit-elle.

« Si le patient était là, ma collègue vous a longuement parlé du traitement. C'est un traitement long, il dure six mois et on ne le prescrit pas comme ça. Allez chercher le malade », insista C.

« Je travaille et je n'ai pas le temps. Si je pars, je ne pourrai pas revenir ». « Depuis que tu parles là, tu serais revenue, en fait, tu ne veux simplement pas t'occuper de ton malade » conclut l'infirmière. Elle ressortit. Quelques minutes après, elle revenait, tenant dans sa main un bout de papier qu'elle remit à C. L'infirmier prit le mot, le regarda et lut « celui-ci est mon protégé », signé docteur S. Il tourna ensuite la feuille de papier vers moi, comme pour m'assurer qu'il ne racontait pas d'histoires, avant de s'adresser à la jeune fille : « On t'a demandé d'aller chercher le malade ; tu vas voir le docteur. Mais il a achevé son boulot. La suite ne le concerne pas. Il n'a plus rien à faire ». « Mais c'est le malade du docteur, répondit-elle ; devais-je partir sans lui rendre compte de la suite ? Il fallait qu'il sache ce qui s'est passé. D'ailleurs, quand je suis sortie, il venait déjà ici. Il m'a demandé : qu'est-ce qu'il a encore dit ? Je lui ai raconté ce qui s'est passé et il m'a fait ce mot. » L'infirmier visa le carnet et elle put se rendre à pharmacie.

« Voilà les pesanteurs dont je te parlais », me dit-il.

*Une infirmière explique l'attitude des médecins : « A la suite de la crise économique, les salaires avaient été revus à la baisse. Un médecin qui touchait 179 000 est aujourd'hui à 79 000 [...] Avant la crise économique, le traitement était gratuit. Avec la fin de la gratuité, les médecins ont dit amen ! Les réseaux de vente parallèle des médicaments se sont mis en place dès le début des années 90. Les médicaments contre la tuberculose coûtaient 48 000frs à la pharmacie ; les médecins et certains infirmiers proposaient de les vendre à 25 000frs. Si en un jour trois doses sont vendues, ça fait 75000frs et ce n'est qu'un mois de traitement. Certains médecins se sont enrichis sur la tuberculose, se sont acheté des voitures, ont construit des*



maisons. Dans certains cas, les médecins n'étaient au courant de rien. Ils prescrivait l'ordonnance et la secrétaire proposait « ses » médicaments au patient : j'ai les médicaments ici à 25 000frs ; si tu veux, va à la pharmacie, c'est 48 000frs. N'est-ce pas, le patient va et il revient. C'est en 2000 que le PNLТ s'est installé et entre les années 90 et 2000 les gens ont eu une moyenne de 7 ans pour s'enrichir. Le PNLТ les a privés de leur blé ; ils ne sont pas contents ; c'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles il s'est difficilement mis sur pied ici. Il a fallu que nous soyons forts pour encaisser les menaces et les injures. » Ces propos sont confirmés par le responsable d'un autre CDT de la ville dont le laboratoire avait été cambriolé parce que : « à cause de moi, certaines personnes ne pouvaient plus se faire de l'argent sur le traitement de la tuberculose ». Il me semble cependant que la scène décrite ne met pas seulement en évidence l'existence de « pesanteurs » et d'une volonté de la part des médecins d'empêcher le bon fonctionnement du programme en détournant les malades du « circuit TB » ou en poussant les infirmiers à s'écarter des principes du PNLТ. Elle révèle surtout un désir de la part des médecins d'affirmer leur domination, leur supériorité sur les infirmiers, une autorité qui ne devrait pas être contestée et qui doit être respectée, l'une des manifestations de cette déférence étant le respect des indications, ordres et ordonnances du médecin, quand bien même elles s'écarteraient des normes du programme. Le médecin s'inscrit ainsi en tant que détenteur du savoir, du pouvoir, de l'autorité, attributs qui ne doivent pas être contestés, surtout pas par les infirmiers, les subordonnés, qui par ailleurs sont chargés de la mise en œuvre de ce programme. Les usagers, dans ce cas, font les frais d'un conflit latent. La scène précédente pourrait ainsi être analysée : l'usager servant de canal par lequel le médecin affirme son autorité et sa domination et l'infirmier répondant au médecin par ce même canal, le second essaie dans un premier temps de contester cette autorité, même si d'expérience il sait qu'il n'a pas beaucoup de chances. « On ne discute pas les ordres du médecin ». Cet état de choses aggrave les tensions déjà existantes entre professionnels et usagers, ce que montrent fort bien Konan & al. (2005). Ces auteurs notent que cet échange, axé sur la délivrance des soins, dont le déroulement est imposé par le praticien « meneur de jeu », imposant son point de vue au patient qui même s'il n'est pas d'accord est contraint d'obtempérer ; « celui-ci n'ayant pas droit à la parole, il ne peut contester le point de vue du praticien « détenteur du savoir » (Konan & al., *Idem* : 115). En effet, on pourrait penser ici que, victime de l'autorité et de la domination du médecin, n'ayant pas le droit à la parole, ne pouvant contester le point de vue du médecin, l'infirmier affirme son autorité et sa domination en prenant la place du médecin dans sa relation avec le patient. Or, tandis que la rencontre directe entre médecin et infirmier ne se fait que rarement dans cet espace, celle entre patients et infirmiers est

quotidienne. Les malades sont régulièrement confrontés à l'agressivité, à l'humiliation et aux engueulades du personnel infirmier, interprétées ici comme une sorte de revanche, revanche d'une autorité bafouée qui, ne pouvant s'exprimer devant l'auteur de son mépris, se sert du patient comme exutoire. Cette agressivité, transposition d'un conflit dont le théâtre des opérations est déplacé et l'adversaire remplacé par un autre sur lequel le vaincu peut prendre sa revanche, est manifeste dans la scène suivante.

Je me trouvais depuis quelques heures à la pharmacie du CDT de S. lorsque M. Ba est entré. Dans son regard, on pouvait noter une expression de supplique, la peur d'être rabroué. Comme les autres patients, M. Ba a posé son carnet d'hôpital sur le comptoir qui sépare les infirmiers des malades et est sorti pour attendre l'appel de son nom. « M. Ba ! », appelle l'infirmier. Il entre, avec la même expression sur son visage.

« Monsieur Ba, pourquoi êtes-vous venu ? » Demande l'infirmier.

« Pour les médicaments, Monsieur ».

« Mais tu as encore deux semaines de médicaments ».

« Oui, Monsieur, c'est juste le transport qui me dérange. J'ai profité d'une occasion ; j'ai perdu un membre de ma famille et comme j'avais une place gratuite pour assister à l'enterrement, j'ai pensé qu'étant à S. je pouvais à l'hôpital pour prendre les médicaments et être tranquille pendant un mois et deux semaines.»

« Monsieur Ba, remarque la collaboratrice de l'infirmier, ça ne peut pas être possible, si on prend l'habitude de se comporter comme ça, on n'y arrivera pas. Prenez votre carnet, rentrez chez vous et revenez dans deux semaines».

« Madame, c'est un problème de transport ».

« Prenez votre carnet », dit-elle. Il prend son carnet, le glisse à l'aisselle, fait un pas en arrière, penche légèrement la tête du côté gauche, tend les bras en ouvrant faiblement les mains, supplique silencieuse d'une personne qui a conscience d'être sous le pouvoir d'une autre qui serait en mesure de lui donner ce qu'elle désire et dont elle voudrait susciter la pitié, la compassion. On pourrait la traduire par : « s'il vous plaît » ! Subitement, M. Ba qui jusque-là

avait été vouvoyé est tutoyé par l'infirmière qui lui dit : « Tu viens te promener à S. et tu te dis je vais en profiter pour prendre mes médicaments à l'hôpital ; tu penses que c'est comme ça qu'on travaille ici ? Regarde le nombre de personnes dépistées avant toi, qui ont commencé leur traitement avant toi et qui ne sont pas encore venues chercher leurs médicaments. (Elle lui montre la liste) Plus de vingt personnes. Il y en a dont le traitement se termine dans une semaine, dans trois jours, dans deux jours et qui ne sont pas encore passées. Ils doivent être servis avant toi. Va et reviens dans deux semaines. Il s'agit de ta santé ! » Un autre malade arrive et M. Ba recule pour céder le passage. L'infirmière observe. « Sors ! » Ordonne-t-elle, « On ne va pas te servir ; on ne peut pas sauter toutes ces personnes pour toi ! » Il sort, attend à l'entrée du local. Il observe les deux infirmiers ; il sera peut-être rappelé après avoir été traité aussi durement, après avoir montré, sans agression, sans insolence, qu'il tenait quand même à avoir les comprimés. Je pense que sa supplique silencieuse a touché l'infirmier et si sa collègue n'avait pas été là, il aurait servi M. Ba. Il lui demande : « Monsieur Ba, où habitez-vous ? »

« M, Monsieur ».

« Et pourquoi venir jusqu'à S. ? Ce traitement n'est donc pas disponible à M. ? »

« Non Monsieur, il n'y a pas ce genre de comprimés à M. ». Silence.

« Ma collègue vous a dit ; revenez dans deux semaines, on va vous servir ». Son regard passe de l'un à l'autre, il attend encore quelques instants, puis s'en va. Et l'infirmière me regarde et me dit en souriant : « Il ira dire qu'il y a une femme méchante là-bas ! »

On peut se demander s'il n'était vraiment pas possible de donner les médicaments à M. Ba. La raison du refus « *on ne peut pas travailler comme ça* » n'est pas convaincante. Voilà un patient qui manifeste le désir de suivre son traitement ; prévoyant le risque de ne pas avoir d'argent dans deux semaines, il profite d'une occasion gratuite, se présente à la pharmacie du PNLT et est éconduit. M. Ba aura peut-être de l'argent dans deux semaines, peut-être pas. Si on peut se présenter à la place d'un patient empêché, si des malades habitant la ville se présentent une semaine avant la fin de leur traitement, on peut bien comprendre qu'une personne qui n'est pas sûre d'avoir les ressources nécessaires pour payer son déplacement jusqu'à S.

puisse se présenter deux semaines avant la fin de son traitement. M. Ba n'a pas été la victime du strict respect des principes du PNLT, mais d'une agressivité gratuite. On aurait pu lui répondre, sur un autre ton, qu'il n'était pas possible de lui fournir une nouvelle quantité de médicaments. L'agressivité de l'infirmière ici est d'autant plus incompréhensible que, dans la démarche du patient, il n'y avait aucune note d'insolence. En même temps, la conclusion de l'infirmière est significative : « *Il ira dire qu'il y a une femme méchante là-bas* ». Connaisait-elle le patient ? L'avait-elle déjà rencontré dans un autre service ? Était-elle au courant d'une éventuelle propension de sa part de toujours se mettre à la marge des principes ? Elle l'aurait fait savoir en rappelant un souvenir. L'infirmière voulait-elle simplement, à ce moment précis, devant ce patient précis, rappeler et mettre son pouvoir en évidence ? Il est difficile de répondre. Pendant le déroulement de la scène, son collègue adopte une attitude d'impuissance. Il ne peut s'opposer à sa collègue, même s'il note bien que son attitude est excessive. Cette agressivité qui est le lot quotidien des patients fait du rapport avec le professionnel de santé un rapport de domination, un rapport dans lequel le malade doit écouter et se taire, rapport agressif dans lequel la violence verbale, les propos humiliants sont constamment présents : le patient finit par avoir peur de poser des questions, de demander des explications, d'essayer de comprendre. Le plus souvent, il se tait, répondant par « *oui, mon docteur* », ou en faisant de la tête un signe d'assentiment lorsque l'infirmier lui adresse la parole, même s'il n'a pas compris ou n'est pas sûr d'avoir compris.

Laurent Vidal & al. (2005) ont voulu décrire et comprendre de façon précise et documentée les pratiques des professionnels de santé. Leurs conclusions permettent d'expliquer dans une certaine mesure l'agressivité des soignants. Les auteurs remarquent qu'il apparaît dans l'itinéraire des professionnels de santé plusieurs cycles, des moments distincts où les pratiques se rigidifient sans cesse. Dans un premier moment, il y a l'apprentissage, période longue durant laquelle un idéal est convoité, suivi d'un moment d'euphorie caractérisé par un engagement individuel à « *livrer* » les résultats attendus par les malades et leurs accompagnants, puis vient la routine qui se glisse progressivement en prenant plus de place. Cet itinéraire est parsemé de doutes et de déboires que les succès ne peuvent supplanter durablement. Face aux échecs, le sentiment d'estime de soi, sans se perdre, déplace ses déterminants. « *Le professionnel est pris au jeu de la routine, le doute suscite des raccourcis et quelques fois, on observe une sorte de cristallisation des pratiques chez certains soignants laissant de la place à plus d'indifférence, de marques d'inertie, des signes de renoncement au pouvoir d'agir, toutes choses qui s'assimilent à un certain cynisme* » (Salam Fall & al., 2005 : 303). En effet, poursuivent les auteurs, la culture organisationnelle des formations sanitaires concourt nettement à laminer

l'engagement des soignants en les mettant devant de nouveaux dilemmes auxquels rien ne les avait préparés. Les objets de pouvoir sont déplacés vers les plans de carrière et les corporations sectorielles plus que vers l'accroissement du pouvoir de guérir. C'est ainsi qu'on peut penser que *« plus on s'éloigne des malades, plus on s'enrichit »*. *« Administrer et gérer (confectionner les statistiques sanitaires, participer ou donner des formations, évaluer et suivre d'autres soignants, gérer des ressources, etc.) sont des niches plus gratifiantes que l'exercice d'actes médicaux. Ainsi se glisse le cynisme »* (Salam Fall & al., 2005 : 304). Dans ce sens, la violence et l'agressivité ne seraient qu'une des manifestations de ce cynisme dont on comprend qu'il est la résultante de la routinisation et de la *« culture institutionnelle et son potentiel de dérives »*, dont quelques-unes des manifestations sont la saturation des professionnels de santé assaillis de toutes parts par tant d'occupations, leur déficit d'estime de soi qui s'installe à mesure que se déroule la carrière professionnelle, le mode de gestion peu efficient des structures sanitaires, l'influence des réseaux clientélistes. En ce qui concerne la tuberculose, les auteurs notent le *« caractère évolutif »* des relations entre professionnels et malades. *« On a constaté, soulignent-ils, qu'il était nécessaire de nuancer les appréciations exclusivement négatives que l'on a l'habitude de proposer [...]. En effet, on ne peut pas les analyser en évoquant simplement des pratiques d'occultation de la souffrance et des attentes des malades ; inversement, la durée de la prise en charge de la tuberculose ne débouche pas non plus sur une forte empathie entre les uns et les autres. Néanmoins, on voit nettement, au fil des semaines et des rendez-vous, que les professionnels [...] sont progressivement amenés à prendre le temps de mieux comprendre les conditions de vie et les attentes des malades. De ce point de vue, les professionnels de santé en général gagneraient à s'inspirer de la relation au malade telle qu'elle se construit dans le cas particulier d'une maladie longue comme la tuberculose »* (Salam Fall & al., Idem : 304). Il est effectivement possible qu'un rapport plus empathique entre les professionnels et les patients puisse se construire dans le cadre de la prise en charge d'une maladie longue. Cependant mes séjours discontinus sur le terrain ne m'ont pas permis de pouvoir apprécier ces changements.

Tous les infirmiers ne sont pas agressifs ; de même, certains patients ne *« se laissent pas faire »*. *« Malgré la qualité déplorable des soins offerts, soulignait un médecin spécialiste, les malades n'ont pas fui les hôpitaux publics ! »*. Il est vrai que les hôpitaux publics sont malgré tout fréquentés ; il reste néanmoins qu'en général l'hôpital public est le lieu d'expression de rapports inégaux et d'une violence verbale qui pourrait effectivement pousser les gens à aller chercher les soins dans les structures confessionnelles, les cabinets privés ou à ne s'y présenter qu'après avoir *« tout essayé »*. Cette absence de dialogue, d'un rapport juste, égal entre patients et praticiens peut

avoir des conséquences tragiques, comme nous allons maintenant le montrer, en ce qui concerne la prise du traitement antituberculeux.

### 3- Communiquer pour un changement de comportement

J'ai déjà parlé du déroulement et de la durée de la chimiothérapie antituberculeuse suivant les normes du PNLT. J'ai noté que le traitement a une durée moyenne de 6 mois et plus, si jamais cette première thérapie échoue ou si le malade est en retraitement. J'ai présenté les régimes thérapeutiques et donné quelques indications concernant la posologie. Suivant ces indications, un malade de plus de 50 kg, qui se présente pour la première fois dans un CDT, donc un nouveau cas, avale une moyenne de 11 comprimés par jour, 660 comprimés pendant la phase intensive et 480 comprimés pendant la phase ambulatoire. Le patient qui a déjà suivi un traitement antituberculeux et qui se fait retraiter avalera une quantité plus importante de comprimés, pendant une durée plus longue. Un malade à retraiter du même poids que le précédent, c'est-à-dire environ 50 kg, en plus d'une injection de streptomycine tous les jours pendant deux mois, prendra 11 comprimés par jour pendant trois mois, durée de la phase intensive de traitement, comme nous l'avons vu, pour cette catégorie de malade, donc 990 comprimés. Pendant la phase ambulatoire, il prendra une moyenne de 8 comprimés trois fois par semaine et ce pendant 5 mois : environ 552 comprimés. Reconnaissant que l'observance de ce traitement n'est pas évidente, « *notons qu'un traitement accepté et convenablement suivi est établi pour un malade convaincu de guérir, rassuré par la qualité de l'offre de services et soutenu par des interlocuteurs soucieux d'humaniser leurs liens* » (Salam Fall & al., 2005 : 311), il est recommandé, comme je l'ai également souligné, de prendre le temps d'informer le malade de la nature et de la curabilité de sa maladie, des modalités pratiques du traitement, c'est-à-dire les doses à ingérer, la durée du traitement et les effets secondaires possibles. Il est même conseillé de le faire en présence d'un membre de la famille qui se chargerait le cas échéant de vérifier que le malade prend bien son traitement, de le réveiller tous les matins, de veiller à ce qu'il se conforme aux doses prescrites par le médecin. Cette démarche fait partie de ce qu'on appelle globalement CCC (Communication pour un Changement de Comportement), qui se substitue progressivement à IEC (Information, Education, Communication).

Ces expressions ou ces termes sont en eux-mêmes intéressants : « communication pour un changement de comportement » suppose que, le patient a le mauvais comportement et que par un dialogue avec le personnel, il doit être conduit à changer de comportement. « Information, Education, Communication » : le deuxième terme laisse penser que le patient

n'est pas éduqué ou qu'il doit être éduqué. A quoi correspond le mot « *éduqué* » dans ce contexte ? S'agit-il du manque d'instruction, donc de l'analphabétisme, de l'ignorance ou de l'absence de connaissances médicales ? Dans le premier cas, les professionnels sur le terrain m'ont souvent affirmé que les patients analphabètes posaient moins de problèmes que les patients instruits ; l'éducation serait ici plus un problème qu'une solution. Dans le deuxième sens, le malade aurait besoin d'être informé : informé, mais à quel sujet ? D'après mes observations et entretiens, le patient tuberculeux a envie de comprendre ce qui lui arrive ou ce qui se passe dans son organisme ; pourquoi ne peut-il plus marcher à la même allure ? Pourquoi ne peut-il plus travailler au même rythme ? Pourquoi s'essouffle-t-il aussi vite ? « *Pourquoi devrais-je me mettre sous un arbre à 12h pour me reposer alors qu'habituellement je travaille la terre jusqu'à 15 heures sans me reposer ? Et ces sueurs nocturnes, elles viennent d'où ? Et surtout, surtout, ce sang dans les crachats ?* » Le patient a besoin qu'on lui explique ces symptômes et en quoi consiste la réponse apportée à ce trouble, à cette gêne, à ce handicap, à cette maladie, à ces symptômes. Pourquoi le traitement est-il aussi long ? Pourquoi continuer à se réveiller à 5 heures du matin, à prendre ces « *boutons* » comme certains les appellent quand on ne tousse plus, quand les traces de sang ont disparu des crachats ? Et pourquoi poursuivre son traitement quand on a quitté l'hôpital ? Quitter la formation sanitaire, n'est-ce pas un signe de guérison ? Et les examens de crachats, pourquoi continuer à les effectuer alors qu'on a déjà identifié la maladie et qu'on ne tousse plus ? Si l'information et la communication sont nécessaires dans la prise en charge de la tuberculose, ce n'est absolument pas pour un changement de comportement, mais pour que le malade puisse comprendre ce qui lui arrive, ce qui pourrait lui arriver et ce qui va certainement lui arriver. Il est admis que si le patient connaît les raisons pour lesquelles il doit prendre son traitement tous les matins, si toutes les indications par rapport à la posologie et aux effets secondaires lui sont clairement explicitées, il y a de fortes chances qu'il prenne son traitement jusqu'à la fin (Erhabor & al., 2000) et donc qu'il soit, suivant la terminologie adaptée « *observant* », « *compliant* » ou « *adhérant* ».

Au CDT de S., on dit que la « *CCC est l'affaire de tous* ». Mais on a déjà vu que les infirmiers chargés de la mise en œuvre du PNLT dans ce CDT évoquaient parmi les problèmes le personnel qui n'était pas imprégné des principes du PNLT et, de ce fait, « *la CCC n'était pas vraiment encore réalisée* ». En quoi consisterait cette CCC ? « *Il ne s'agirait pas seulement, souligne un infirmier, de dire que le traitement est gratuit ; ça ne suffit pas. Il faudrait en plus parler des examens de contrôle et de tout ce qui est autour. Les patients ne sont pas imprégnés du contrôle du deuxième mois par exemple et c'est lorsqu'ils arrivent à l'hôpital à la veille de la prise de la*

*dernière dose de médicaments ou le jour même de la prise de la dernière dose qu'on leur rappelle qu'ils doivent faire un examen de contrôle. Les examens se déroulent en deux jours et c'est le troisième jour que le malade a les résultats de son examen. Il est donc très probable qu'il passe trois jours sans médicaments, à moins qu'en bon négociateur il aille voir le pharmacien afin que ce dernier le « dépanne ». Encore faut-il qu'il soit informé de la nécessité de cette prise quotidienne pendant toute la durée de sa chimiothérapie ».* Voici à présent un exemple de CCC. La scène se passe au bureau d'inscription au programme. Le responsable a déjà quitté les lieux et les malades attendent chacun leur tour, assis sur un banc installé contre le mur. Le banc ne peut accueillir qu'une demi-douzaine de patients. Ceux qui arrivent quand il n'y a plus de place doivent attendre debout qu'une place se libère. Les malades sont reçus par ordre d'arrivée. Lorsque c'est son tour, le malade se lève, avance vers l'infirmière en lui tendant son carnet. Celle-ci notera les informations nécessaires dans le registre du PNLT, la carte et la fiche de traitement et c'est pendant ce temps qu'elle donnera au malade quelques informations et conseils sur sa maladie et son traitement.

« C'est au tour de Z. Il est arrivé accompagné par son frère et un infirmier. L'infirmière ouvre son carnet et, pendant qu'elle remplit le registre, la fiche et la carte de traitement du malade, le dialogue suivant a lieu :

« Z ! »

« Oui, Madame ! »

« Pourquoi est-ce que tu ne veux pas être hospitalisé ? »

« Madame, je travaille ! »

« Tu travailles quoi ? »

« Je suis commerçant ».

« Où ? »

« Au marché d'Elig-djoa. »

« Tu vends quoi ? »

« Je vends la friperie. »



« Mais quoi ? »

« Les habits, pantalons... »

(Une personne assise) « On t'appelle comment au marché? Comme ça si je viens, je pourrai facilement te retrouver pour acheter « les meilleurs choix... »

« On m'appelle jumeau parce que je suis jumeau. »

(La même personne) « Non ! Donne-moi ton numéro de portable comme ça je vais venir chercher les bonnes choses. Les premiers choix hein ? »

(L'infirmière) « Pourquoi n'as-tu pas voulu être hospitalisé ? »

(Le frère) « Parce qu'il n'a pas une femme qui peut venir s'occuper de lui ».

(L'infirmière) « Mais est-ce qu'il faut une femme avec lui ici ? Est-ce que tu sais que le traitement est très difficile ? Tu auras peut-être des urines colorées, des vertiges ; ça peut arriver mais ce n'est pas toujours ça. Donc si tu as les urines colorées, n'arrête pas le traitement. Ici, quand ils sont hospitalisés, ils s'encouragent. Quelqu'un peut te dire : moi aussi j'avais eu ça, continue. Et tu ne bois plus le *matango*<sup>127</sup> que tu vois souvent à Elig-djoa là. Même les femmes, tu ne dois plus y toucher ».

(Le frère) « C'est mon grand frère, mais il aime trop les femmes. Peut-être c'est en suçant la bouche des femmes que tu as attrapé ça ».

(L'infirmière) « Le traitement est difficile. Tu vois, c'est trois médicaments, en fait c'est quatre et il faut quatre comme ça pour tuer le virus. Tu sais, parfois tu prends un traitement et le virus commence à s'affaiblir et là tu arrêtes. Il n'était pas mort. Il s'était seulement affaibli. Tu arrêtes. Alors, il reprend ses forces et dès que tu prends les médicaments, il bouffe tes médicaments. C'est pourquoi, il faut que tu prennes ces 4 médicaments tous les jours pendant un mois. Parce que chaque fois, quand tu vas venir, on va te

---

<sup>127</sup> Breuvage alcoolisé tiré de certaines variétés de palmier.

donner un traitement d'un mois. Ça te fait 11 comprimés par jour à jeun. Tu as compris ? Maintenant, va à la pharmacie ; on va te donner ton traitement ». Le frère reprend le carnet des mains de l'infirmière et sort, accompagné du malade et de l'infirmier.

D'après mes observations, les professionnels chargés du suivi des tuberculeux et le gestionnaire de la pharmacie du PNLT prennent souvent le temps de donner quelques indications aux malades. La démarche, en ce qui concerne les premiers, n'est pas systématique. Mais le gestionnaire de la pharmacie prend effectivement le temps d'expliquer leur posologie aux patients. Il leur rappelle, notamment en ce qui concerne les deux sachets d'éthambutol, qu'ils doivent dès leur arrivée chez eux mettre de côté l'un des sachets et n'y toucher que lorsque dans le premier il n'y aura plus de comprimés. « *Parce que*, affirme-t-il aux patients, *les deux c'est la même chose* ». Pour s'assurer que le patient a saisi les directives qui lui ont été répétées, il lui pose la question « *Avez-vous compris ?* », question à laquelle la réponse est toujours oui. Mais ont-ils effectivement compris ? La scène suivante nous montre le genre de choses qui peut se produire lorsque les malades ne sont pas informés ou sont mal informés, lorsqu'ils n'ont pas saisi les indications qui leur ont été données et que, dans la crainte de se voir humiliés, agressés verbalement, insultés ou ridiculisés, etc., ils s'abstiennent de demander des précisions, de poser des questions.

La scène se déroule à la pharmacie. « Le responsable achève d'expliquer sa posologie à un malade, lorsqu'un infirmier le pointe du doigt en disant : « Est-ce lui ? ». Un homme surgit de l'extérieur et entre dans la salle en répondant : « Oui, c'est lui ! ». Il continue : « Monsieur, vous avez mal compté mes comprimés la dernière fois. Les autres sont finis et il y a encore un qui reste ».

« Fais-moi voir ton carnet », dit l'infirmier. Il regarde dans le carnet et lui demande « tu prenais comment ? »

« Je respectais les doses », répond l'homme, « parce que je respecte les ordonnances de mon médecin ».

« Où regardais-tu la quantité de comprimés à prendre ? »

« Je regardais sur les sachets de comprimés », répond le patient.

« Fais-moi voir tes sachets de médicaments », dit l'infirmier. Il regarde et interroge : « Tu prenais comment ? »

« Quatre, quatre, quatre et trois répond le malade en pointant du doigt chacun des sachets ».

« Mais je t'avais bien expliqué que dans ces deux sachet, il y avait le même médicament. C'est juste que, comme ils sont gros et qu'ils prennent beaucoup de place, il faut deux sachets pour contenir les doses que tu dois prendre pendant un mois. Mais c'est le même médicament et tu as pris quatre dans chacun des sachets du même médicament. Normalement, tu devais prendre quatre dans le premier (RH), quatre dans le deuxième (E), donc commencer par un sachet et entamer l'autre quand le premier allait finir et trois dans le dernier (Z). Toi, tu as pris quatre, huit et trois et tu te fais soigner pour la deuxième fois ».

Et le patient qui observe : « Mais ça me dépassait ! Je prenais ça en deux temps et, lorsque j'avais avalé les comprimés, il me fallait une pause avant d'être en forme. En tout, il me fallait quatre heures pour avaler mes médicaments. Les vertiges étaient parfois si violents que les gens me demandaient comment je pouvais être ivre dès les premières heures du jour. Même mon fils a trouvé ça louche et m'a dit : Papa, à regarder comme ça, ces deux produits, c'est la même chose. Mais je lui ai dit que je ne voulais pas m'écarter des ordres de mon médecin ».

« J'espère, dit l'infirmier, que tu as au moins respecté les doses en ce qui concerne les injections ».

« Oui, chaque jour, je me fais injecter. Il n'y a même plus de place sur mes fesses. Il y a des trous partout. Je ne sais pas comment l'infirmier s'y prend. Mais je sais qu'on me pique tous les matins ».

« C'est sûr que ceux pour lesquels tu as pris huit au lieu de quatre sont finis depuis et tu as attendu que les autres soient également à la fin pour venir. Si tu avais pris tes comprimés comme il faut, tu aurais également eu un reste de ça ». Le malade ne dit rien. On lui remet une nouvelle quantité de médicaments et il s'en va ».

Pierre Blaise (2001) proposait de remettre la relation humaine au cœur de la méthode clinique. *« Améliorer la qualité de l'offre de soin, écrivait-il, dans les services de santé devient aujourd'hui une priorité pour la plupart des services de santé entraînés dans la vague des réformes à travers le monde. La perception que le problème tient en grande partie à l'interaction entre*

*soignants et soignés est grandissante et la question se pose de savoir comment améliorer les relations au sein des services de santé pour améliorer la qualité des soins. Remettre la relation humaine au cœur de la méthode clinique, tel est je crois l'un des défis majeur à relever... Soigner, n'est-ce pas d'abord et avant tout une affaire de relations humaines, une rencontre entre une souffrance, faite de douleurs certes mais aussi d'angoisses, de questions, et une compétence, elle aussi humaine, terriblement humaine avec ses propres angoisses et ses propres difficultés ».* Comment remettre la relation humaine au cœur de la clinique ? En adoptant une méthode clinique centrée sur le patient. Il s'agira dans l'interaction soignant-soigné : « ...de reconnaître que l'un et l'autre ont chacun un agenda spécifique et différent. C'est accepter que le patient ne se présente pas avec une maladie, mais plutôt ressent un problème qu'il lie à sa santé, et qui compromet sa capacité de fonctionner comme il le désire dans son environnement physique, social, culturel, familial. Il sollicite une aide pour surmonter, résoudre ce problème. Le rôle du soignant c'est d'apporter une aide en mettant à disposition du patient des compétences, des connaissances et des ressources techniques qui vont lui permettre d'abord de mieux comprendre ce qu'il vit et ensuite de pouvoir y faire face, de façon efficace, efficiente et acceptable pour possiblement résoudre, ou au moins mieux vivre avec son problème » (Blaise, 2001 : 177-178). Mais une pareille méthode est-elle possible en Afrique ? « Il est fort possible, note le même auteur, que le processus de mise à plat des problèmes de santé dans leur complexité psychosociologique se révèle déstabilisante à l'extrême pour des agents de santé qui ne disposent le plus souvent ni des moyens pour le faire, ni d'un contrôle de l'environnement suffisant pour pouvoir apporter une réponse à la problématique qui leur est ainsi confiée. L'absence de relais sociaux avec lesquels les agents de santé peuvent partager les responsabilités représente un obstacle [...]. Il y a ensuite des conditions organisationnelles [...] Une organisation des soins dans laquelle les activités sont morcelées à l'extrême n'est évidemment pas favorable à une approche globale empathique. Une charge de travail excessive non plus [...] » (Blaise, *Idem* : 181). Il reste néanmoins qu'une approche centrée sur le patient est associée à la résolution des symptômes, à la levée de l'inquiétude ; elle va au-delà d'une réponse strictement biomédicale (Blaise, *Ibid.*). Une pareille méthode rendrait certainement les services de santé moins hostiles et moins agressifs pour le patient. Cette approche centrée sur le patient tuberculeux (et bien évidemment les patients souffrant d'autres pathologies) concernerait aussi le patient séropositif, puisque les deux entités morbides sont étroitement liées.

#### 4- Tuberculeux, séropositif

J'ai souligné que la recrudescence de la tuberculose était en partie liée à l'apparition du VIH/sida<sup>128</sup>. Il est désormais difficile de parler de tuberculose sans évoquer le sida. La relation entre ces deux pathologies, telle que les personnes coinfectées peuvent la percevoir, me semble difficile à traiter. Les deux maladies s'inscrivent dans une sorte de continuité qui est pour le moins perturbante. Une tuberculose suppose très probablement la présence du VIH et celui-ci entraînera très certainement la tuberculose. C'est comme une masse morbide à deux expressions bactériologiquement confirmées. A quel moment commencer l'analyse ? Que faut-il analyser : La perception des deux pathologies par le malade ? L'explication de cette double présence dangereuse dans son organisme ? L'impact de ces présences dangereuses sur le déroulement sa vie quotidienne ? Ou alors faut-il comprendre le corps, examiner cette masse qui réagit à quelque chose en allant aux origines de la maladie, en sondant la trajectoire du malade, son histoire de vie en se demandant pourquoi ce corps est malade, et pas un autre, pourquoi à ce moment et pas à un autre. Cette intrigante présence conjointe de deux pathologies graves est pourtant digne d'intérêt. Tuberculeux et séropositif, « *békassiste* » et « *séropo* » ! C'est une situation certainement difficile à gérer pour le malade. D'un côté il est soupçonné d'être atteint d'une maladie fortement stigmatisante (Dozon & al., 1999), le sida en l'occurrence, et de l'autre il souffre d'une maladie jugée grave et dont le stigmate n'est pas moins fort. Lorsqu'un malade soupçonné de sida est finalement séronégatif mais voit sa tuberculose confirmée, qu'est-ce qu'il advient des soupçons de séropositivité ? Et le malade souffrant de tuberculose qui est finalement positif pour le VIH ?

Laurent Vidal (1996) a fait mention des dilemmes auxquels le chercheur anthropologue travaillant sur le sida doit souvent faire face, des situations d'ambiguïté qu'il doit gérer. Il a notamment évoqué les cas où il est au courant de la séropositivité d'un patient tuberculeux qui ignore lui-même son statut, s'interroge sur les messages de prévention qui lui ont été délivrés, sur le résultat de l'analyse de l'échantillon sanguin qui lui a été prélevé et ne se conforme pas ou plus aux messages de prévention. Comment justifier le respect des méthodes de prévention et de protection devant un patient qui ignore son statut sans toutefois éveiller les soupçons de celui-ci et son désir de vouloir identifier clairement la nature de l'affection qui sous-tend de telles précautions ? « *Quel type de relation anthropologique, se demande-t-il, peut se développer sur la base de ce hiatus et, au fil des rencontres, quel discours*

---

<sup>128</sup> Pour comprendre les politiques, la structure et l'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun, voir : Eboko (2001 ; 2005), CNLS (2005).

*tenir en réponse à une demande d'explications du malade sur la nature, l'origine et le traitement de l'affection dépistée au moyen du test sanguin ?* » (Vidal, *idem* : 134). Ces difficultés étaient, à mon avis, d'une part liées à la « *jeunesse* » de l'épidémie, donc à la difficulté qu'avaient alors les responsables de la santé à définir les principes de la prise en charge des personnes souffrant d'une affection touchant à l'intimité et dont on imaginait le stigmate, cela joint à l'histoire même de la maladie, dont le lien avec les mœurs sexuelles dépravées des Africains n'avait pas manqué d'être souligné (Dozon & *al.*, 1995 ; Dozon, 1991), et à l'absence ou à la non-disponibilité d'un traitement. La situation a changé, mais il n'en reste pas moins, comme il le souligne également, que toute entreprise de recherche sur le sida, en Afrique ou ailleurs, impose une certaine modestie, modestie face à une affection que l'on sait fatale et sur laquelle l'anthropologue n'a aucune prise en terme de thérapeutique (Vidal, *Ibid.*). Je n'ai pas rencontré les personnes coïnfectées par le VIH et la tuberculose en dehors des milieux associatifs, principalement les associations de PVVS, puisqu'il n'existe pas d'association de tuberculeux, d'anciens tuberculeux ou de prévention de la tuberculose au Cameroun. Dans les hôpitaux, obligés de garder le secret sur la sérologie de leurs patients, les médecins ne pouvaient pas me mettre en contact avec les malades, les responsables des CPDV (Centre de prévention et de dépistage volontaire) non plus. En milieu associatif, on ne peut discuter qu'avec les personnes qu'on trouve sur place et les membres des associations s'interdisent de vous mettre en contact avec d'autres personnes, même s'ils jugent que celles-ci pourraient vous apporter des éléments importants pour votre étude. Vous envoyer vers un malade sans avoir obtenu son consentement, ce serait une façon de vous dévoiler son statut avec le risque que vous « *alliez le dire au quartier* ». Laurent Vidal (*Ibid.*) a montré qu'en Côte-d'Ivoire les malades coïnfectés et guéris de tuberculose n'arrivaient pas toujours à comprendre pourquoi on leur disait qu'ils étaient encore malades ; le sida était cette « *présence innommée* », une réalité tue, mais présente dans le discours des malades qui s'inquiétaient d'ailleurs des résultats de l'analyse des échantillons sanguins qui leur avaient été prélevés. Il est difficile de rencontrer ce genre de confusion dans les milieux associatifs. Dans ces associations, les malades sont « *éduqués* » (en référence à IEC) et font la différence entre le sida et la tuberculose qu'ils savent être une maladie opportuniste, comme le sarcome de Kaposi ou le zona. Plusieurs ont fait une tuberculose dont ils parlent comme les personnes séronégatives parleraient d'un rhume. Il semble qu'atteints d'une maladie considérée comme « *maladie de la honte* », « *maladie de la mort* », ils ne classent les autres maladies qu'en dessous de celle-là. Aucune autre maladie n'est semblable au sida. Il n'y pas de maladie plus honteuse que le sida. Il n'y a pas de plus grande tueuse. De toutes les autres maladies on peut guérir ; mais

de celle-là, on meurt, ou on mourra d'une maladie opportuniste qu'elle aura causée. La tuberculose leur pose d'autant moins de problèmes que le traitement, s'il est bien suivi, permet de guérir complètement de la maladie. A cet effet, il serait peut-être intéressant de comparer le niveau d'observance des personnes séropositives à celui des personnes séronégatives. Il me semble que déjà dans une situation de fragilité physique que la tuberculose menace d'aggraver et sachant qu'une faiblesse physique pourrait enclencher d'autres pathologies à côté de la tuberculose dont on peut par ailleurs guérir, celles-ci pourraient être plus observantes que les autres.

Si la tuberculose semble plus inquiétante pour les personnes séronégatives que pour les personnes séropositives, elle peut servir de réponse à une situation de rejet. C'est par exemple le cas de ce jeune homme qui à la suite de sa tuberculose a fait un test de dépistage du VIH qui s'est avéré positif. La nouvelle étant sortie de son cadre familial, tout son voisinage était au courant de son statut sérologique. Cela était d'autant plus manifeste que son état général, au moment où il se présentait au CDT, était sérieusement détérioré. Il avait la physionomie d'un « *séro* » : amaigri, pâle, incapable de se tenir debout. « *Il n'y avait plus que les os* ». A la fin de la chimiothérapie antituberculeuse, il avait entièrement repris son poids et, à sa sortie d'hôpital, il disait que tout le monde avait été dupé. La preuve, n'était-il pas en bonne santé ? Est-ce qu'il ressemblait à une personne séropositive ? Ce type de situation est de plus en plus fréquent, ce d'autant plus que le test est conseillé à tous les malades qui se présentent pour une tuberculose et que, dans certains cas, il est exigé pour bénéficier du traitement gratuit.<sup>129</sup>

---

<sup>129</sup> Je précise gratuitement parce que dans les officines privées, on trouve encore des antituberculeux en vente. J'avais en 2003 réalisé une petite étude auprès de quelques pharmaciens de la ville de Garoua. Je me présentais dans les pharmacies en disant que mon amie souffrait d'une tuberculose et ne voulait pas se présenter à l'hôpital ; elle ne voulait pas qu'on sache de quoi elle souffrait. Je demandais s'il n'était pas possible d'avoir une ordonnance. Je voulais également connaître quel était le prix du traitement afin que toutes les deux on s'arrange pour l'acheter. A chaque fois, les personnes au guichet ont fait venir le responsable de la pharmacie pour me répondre. Et celui-ci m'a systématiquement fait comprendre que ça ne servait à rien de commencer un traitement de ce genre. Ça coûterait trop cher et nous n'aurions pas les moyens de suivre le traitement jusqu'au bout. Il était mieux de se présenter dans un CDT, notamment à l'hôpital provincial, en considérant que la tuberculose était une maladie comme les autres. Au terme de cette enquête, je n'ai obtenu ni l'ordonnance, ni le coût du traitement. C'est une information intéressante, m'a dit un responsable du programme. Qu'à cela ne tienne, je peux interpréter le refus des pharmaciens par le fait qu'observant mon accoutrement ils pouvaient deviner mon statut social et par déduction savoir si nous avions les moyens nécessaires pour nous procurer le traitement au prix des officines. S'il s'était agi d'un « *aladji* » ou de toute autre personne de statut social important, la réaction aurait-elle été la même ?

Le VIH bouleverse les vies et impose un changement de « *direction* » au sens littéral et au sens figuré. La vie est continuellement traversée par l'idée de mort ou par la mort qui frappe un conjoint, un enfant, un ami séropositif, etc. C'est certainement l'une des raisons pour lesquelles les Centres de Prévention et de Dépistage Volontaire (CPDV) sont des lieux à étudier. Lorsqu'on y observe les visages (car la majorité des personnes qui attendent observent le visage de ceux qui sortent du bureau de la coordinatrice, essayant certainement de deviner à son expression, le résultat du test), on écoute les conversations, on voit des personnes en larmes, des couples arrivés en discutant cordialement qui ressortent le visage tendu ; on imagine que quelque chose d'important se joue. Il semble que, d'un moment à l'autre, tout peut changer. Car, notait une PVVS, « *le VIH change tout !* ». Et puis, quand bien même on ne serait pas positif au test, par le fait même de se faire tester, par le fait d'éprouver le stress que cela suppose, par le fait de côtoyer des personnes déclarées positives au test, on devient, peut-être, plus ouvert aux messages éducatifs, à la Communication pour un Changement de Comportement (CCC). On comprend alors cette déclaration d'une amie : « *Lorsque tu as vécu le stress qui caractérise les étapes de ce test, tu ne peux plus mener la même vie* » et on comprend aussi que la tuberculose soit pour les PVVS une pathologie mineure.



## CHAPITRE VI

### Réinterroger le passé et le présent

#### I- TRYPANOSOMIASE, TUBERCULOSE, SIDA OU LA MEMOIRE DES CORPS

J'ai voulu comprendre les mécanismes par lesquels les systèmes de santé africains se sont trouvés déréglés. J'ai voulu comprendre « *le passé qui les ont fait ce qu'ils sont aujourd'hui* » (Coquery-Vidrovitch, 1985 : 11). J'ai souhaité comprendre pourquoi les problèmes, les systèmes de santé sont ce qu'ils sont aujourd'hui. « *Que doivent-ils à l'histoire, à la nature, aux autres et à eux-mêmes ?* » (Coquery-Vidrovitch, Idem : 14). Il me semblait qu'il y avait dans le présent « *une permanence du passé* », une « *empreinte du temps* » (Fassin, 2004)<sup>130</sup> que je voulais sonder. Pour rendre intelligible ce qui se passait aujourd'hui en termes de prise en charge des maladies, de gestion des épidémies, il m'a semblé nécessaire de faire un « *détour par l'histoire, non comme une toile de fond sur laquelle on projetterait les scènes contemporaines, mais comme lieu même de leur fabrication* » (Fassin, Idem : 11). Pour cela, j'avais besoin de me situer et de me déplacer dans le passé et dans le présent. Ce déplacement passé-présent, je l'ai construit autour de deux maladies : la trypanosomiase et la tuberculose. J'ai montré dans l'introduction comment j'étais arrivée à ce choix et, après analyse, je pense que ces maladies illustrent correctement le propos que je souhaitais tenir. Elles rendent compte du déploiement et des difficultés du système de santé à deux moments de l'histoire.

Pourquoi ne pas avoir choisi le sida dont la gestion rend effectivement compte des difficultés des systèmes de santé africains ? Je dois dire que j'ai toujours perçu le sida comme un intéressant objet de recherches anthropologiques. Dans le foisonnement de la littérature, des projets de

---

<sup>130</sup> Didier Fassin faisait paraître au moment où j'achevais la rédaction de ce manuscrit un nouveau livre intitulé *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. Ma rédaction étant pratiquement achevée, je n'ai pas enrichi mon analyse des réflexions proposées dans cet intéressant ouvrage.

prévention, d'ONG visant spécialement cette maladie, les sommes d'argent investies, l'« *internationalisation* » des politiques de lutte, les taux d'incidence, de prévalence, de mortalité croissants, la soi-disant présence d'un type nouveau de malade « *dangereux* », mais ayant parfois toutes les apparences de la normalité, de la santé, devant la création dans les structures de santé de services spéciaux destinés à prendre en charge ces malades sans toutefois qu'on le sache, il y avait effectivement des choses intéressantes à creuser. Mais le sida était en même temps, pour moi, une sorte de réalité inaccessible. Tout ce qu'il y avait du social, de l'homme, du corps, des passions s'y exprimait ; beaucoup de choses s'y retrouvaient. Je pourrais éventuellement, pensais-je, m'y intéresser après avoir acquis un peu d'expérience en matière de recherche. La coinfection VIH/BK me permettait d'aborder un petit peu la question.

Différents sur les plans de leurs causes respectives, leurs tableaux cliniques et les modalités de leur prise en charge, trypanosomiase, tuberculose et finalement sida nous parlent de la même chose. Ils parlent de lien, lien brisé entre l'homme et son environnement, de rapports de pouvoir et de domination qui poussent à l'exploitation systématique de l'homme et de son environnement, exploitation donnant lieu à des mouvements, entraînant des changements dans les structures sociales et familiales, éprouvant les sociétés. Ils parlent d'essai d'ajustement, d'essai de survie, d'essai d'adaptation à une « *nouvelle société* ». Ces trois maladies s'inscrivent dans les corps en tant que marqueurs de changement, en tant que révélateurs des situations de crises vécues par les uns et les autres, des stratégies d'adaptation, de survie ; elles révèlent la mémoire du corps en s'inscrivant dans celui-ci comme preuve de quelque chose qui s'est passé.

Pourquoi à un moment précis ? Pourquoi ici et maintenant ? Pourquoi certains et pas les autres ? Le corps réagit à quoi ? Le germe ? Le social, affaiblissant le corps et libérant le germe ? Que mettre dans le social ? La pauvreté, le stress, les rapports internationaux ? J'ai choisi de mettre l'histoire et de dire que les corps se souviennent (Fassin, 2004), que les corps n'oublient pas. J'ai choisi de dire que les changements, les crises qui ont marqué l'histoire des individus, de leur groupe familial et social se sont « *incarnés* » et que, lorsqu'une maladie ou une épidémie se déclare, c'est la trajectoire des individus, l'histoire de leur communauté, de leur nation, qui jaillit et s'exprime. Quand on a la trypanosomiase, quand on a la tuberculose, quand on a le sida, c'est le corps qui réagit à l'histoire, l'histoire d'un individu, l'histoire d'un groupe. A la société qui se souvient (Fassin, *Idem*), s'adjoint un corps qui lui aussi se souvient et exprime sa mémoire, son souvenir, par des symptômes, par ces maladies.

Il y a certainement eu un moment où tout était harmonieux, suivi d'une période de rupture ; il y a eu un commencement, un instant qui a tout fait basculer, un traumatisme majeur qui a entraîné tout le reste. Il faut alors retrouver l'« étincelle », « là où tout a commencé », l'événement ou les événements, les situations, les traumatismes qui ont fait le nid de ce trio. On pensera immédiatement, en ce qui concerne la trypanosomiase, à ce que Coquery-Vidrovitch (1985) a appelé le « *traumatisme brutal et relativement bref de la colonisation* ». Coquery-Vidrovitch (*Idem* : 22, 49, 54, 55) le dit avec force : l'« *irruption avec une intensité sans précédent, sur le milieu humain pré-colonial, d'agressions multiples résultant du choc de deux types de sociétés : épidémies d'une ampleur et surtout d'une étendue inconnues jusqu'alors, bouleversements écologiques, dislocation sociale ... les premières décennies de la colonisation y compris les années de pré-conquête, furent une phase régressive brutale, provoquée moins par les combats eux-mêmes (au demeurant peu meurtriers) que par les incidences multiples de la pénétration : au premier chef, « l'ouverture » du continent par la circulation accrue des hommes, des marchandises et du bétail, favorisa la diffusion des épidémies...qui s'attaquaient à des populations fragiles et incapables de supporter le double choc écologique et culturel... Le fléau le plus durable et le plus meurtrier fut la trypanosomiase...en une quinzaine d'années, la maladie détruisit plus de la moitié de la population de la plaine et favorisée par le développement des communications, se propagea le long des grands axes avec le déplacement accru des hommes contaminés « ici, c'est un village entier qui en quelques temps, paie son tribut à cette affection, là c'est une population qui fuit devant la maladie et qui va semer plus loin l'infection traînant des malheureux déjà malades ou d'autres ayant la maladie en incubation. Plus loin, c'est un groupe qu'on ne retrouve plus, mais des cadavres d'indigènes sans sépulture donnent la clé du mystère ».*

Il faut en effet savoir que les sociétés humaines vivent dans une sorte d'équilibre avec leur écosystème, leurs germes pathogènes et s'adaptent à leur environnement morbide par un certain nombre de voies biologiques et culturelles. L'adaptation biologique se fait à travers le développement d'anticorps qui permettent au système immunitaire de combattre, de résister, voire de tolérer les agents pathogènes et l'adaptation culturelle à travers des standards de propreté individuelle et communautaire, des stratégies pour se mettre à l'abri des sources potentielles de danger (Lyons, 1992). Plusieurs causes, naturelles ou humaines (changements dans la pluviométrie ayant des effets sur la faune, la flore et la vie des micro-organismes, contact avec les étrangers et leurs maladies, changements dans l'habitat, mouvements dans de nouvelles zones écologiques, altérations dans les modes de transport ou changements dans le style de vie), peuvent créer une rupture de cet équilibre

et entraîner le déclenchement d'épidémies (Lyons, Idem). Mais tant que la relation homme-parasite ou vecteur n'est pas altérée, la situation épidémiologique ou démographique demeure relativement stable. Les affections endémiques sont courantes, chroniques chez les adultes et causes d'une grande mortalité chez les enfants, mais les explosions épidémiques restent inhabituelles.

L'environnement morbide de l'Afrique a toujours exercé une emprise significative sur les vies humaines ; n'était-ce pas le tombeau de l'homme blanc (Dozon, 1991) ? Les conditions d'équilibre relatif entre l'homme et ses maladies ont été brisées plusieurs fois dans l'histoire de l'Afrique par les guerres, les sécheresses, etc. mais le système colonial a eu un impact déterminant et serait à l'origine de l'environnement morbide actuel. Il a brutalement bouleversé l'histoire des peuples qu'il soumettait ; il a, en s'établissant, imposé à ceux-ci une situation d'un type particulier (Balandier, 1951).

La conquête coloniale était en elle-même un acte traumatique de changement social ; elle apportait des changements fondamentaux dans l'organisation profonde des sociétés. Les politiques économiques coloniales avaient également de sérieuses conséquences sur la santé des populations. A cause des travaux forcés, de la construction des routes et chemins de fer etc., les populations se déplaçaient dans des environnements morbides nouveaux et n'avaient en général pas les défenses immunitaires qui protégeaient les populations locales. Cette concentration d'une population non immunisée, doublée par des conditions de travail précaires, occasionnait parfois le déclenchement de graves épidémies dans les mines, sur les chantiers de construction des chemins de fer, dans les plantations (Curtin & al. 1978). Par ailleurs, ces personnes, en se déplaçant d'un lieu à un autre, transportaient avec elles de nouvelles maladies ou de nouveaux germes de maladies dans les régions où elles étaient totalement inconnues et où les populations locales n'étaient pas immunisées. Puis, en retournant chez elles, elles étaient infectées par des germes de maladies contre lesquels le reste de la population n'était pas immunisé (Curtin & al., Idem ; Patterson & Hartwig, 1978). En apportant avec eux leurs propres pathologies, les commerçants, colons et autres étrangers ont favorisé l'éclosion de pathologies et l'émergence d'environnements morbides nouveaux. La maladie fut en effet un allié des conquérants (Patterson & Hartwig, Idem). *« Les mouvements des colonnes militaires, constituées d'effectifs parfois importants, créeront des risques de diffusion de germe de maladie... le passage des caravanes dans les territoires à glossines constituera une des amorces de la dissémination et de l'exaltation de la virulence des trypanosomes. Les déplacements de troupeaux et de leurs bouviers augmenteront les risques. Tout ceci sera à*

*l'origine d'un brusque accroissement de l'importation de germes pathogènes et d'une accélération de la transmission de maladies* » (Janssens, 1995 : 1408). D'un autre côté, les régimes coloniaux ont introduit la médecine préventive et curative moderne en Afrique. S'il n'y avait pas eu de colonisation, y aurait-il eu des épidémies de maladie du sommeil ? La maladie aurait certainement évolué en vase clos. Par le développement des voies de communication, les déplacements forcés et volontaires des populations, la colonisation a favorisé l'éclosion de la maladie du sommeil. Et la tuberculose ? La construction de chantiers, soulignent Nozais et Gentilini (1985), de grands barrages hydroélectriques, de ports ou de nouvelles cités, le percement de nouvelles voies de communication ou la mise en culture après défrichage correspondent à un véritable cataclysme, non seulement pour la flore et la faune, mais aussi pour l'homme. Par ailleurs, la plupart des grands travaux ont augmenté la circulation monétaire, créant des besoins nouveaux pour les habitants des régions concernées et entraînant, autour de la « *cité ouvrière* », la construction de bidonvilles, de marchés et d'échoppes, ainsi que de bars et de maisons de tolérance. Ces nouvelles « *cités* » à forte promiscuité, où parfois manquent l'eau potable et le tout-à-l'égout, sont des foyers efficaces pour le développement de maladies parasitaires, de maladies sexuellement transmises, de la tuberculose, pour ne citer que les principales (Nozais & Gentilini, *Idem*). La pauvreté fait le nid de la tuberculose (Guillaume, 1986). La colonisation avait déjà favorisé l'apparition de bidonvilles dans les régions de plantations ou proches des grands chantiers, mais jusque-là, la tuberculose n'atteignait pas des proportions inquiétantes. Comme souligné, maladie chronique d'évolution lente, elle s'étendait progressivement, à bas bruit. Doit-on alors penser que c'est parce qu'ils ont été colonisés que les Africains sont malades ?

Ce serait une lecture simpliste de la situation. S'il est admis que la colonisation a favorisé l'extension de la trypanosomiase, on ne peut pas, même si c'est par les « *Blancs* » qu'elle se serait répandue, dire que la colonisation est à l'origine de la tuberculose. Je suis d'accord avec la thèse de Kérandel selon laquelle la maladie était connue des Africains avant l'arrivée des « *Blancs* ». Je préfère faire remonter le développement de la maladie au milieu des années 90, lorsqu'à la suite de la crise économique les conditions de vie se sont dégradées et que les germes dormants se sont réveillés. Il convient aussi de rappeler qu'on ne peut pas considérer la situation dans les pays pauvres de la même façon que dans les pays occidentaux où on a pu constater une baisse de la maladie prouvée par les statistiques et rendue possible grâce aux mesures de santé publique adoptées dans plusieurs pays. Au Cameroun, on n'a jamais noté une régression des taux d'incidence et de prévalence de la maladie ; on a toujours observé au

contraire une progression réelle des taux d'infection. Maintenant ces chiffres traduisent-ils la réalité ? Les chiffres sont obtenus des formations sanitaires où les malades ont été dépistés. Mais combien meurent sans avoir été dépistés ? Combien meurent des suites du « *poison de panthère* » après avoir contaminé des proches etc. ? Il y a certainement eu une croissance exponentielle due à la crise des années 90 et la présence d'un dispositif de prise en charge et la gratuité du traitement pousseront un nombre plus accru de personnes à demander des soins. Cependant, la prise en charge ainsi que la tuberculose telle que nous l'avons décrite ne permet pas d'être optimiste. Du reste, on peut se demander si, par ce programme en particulier, le système de santé n'est pas en train de créer ses futurs problèmes. Le passage du recouvrement des coûts à la gratuité et peut-être de la gratuité au recouvrement des coûts va entraîner des frustrations, des incompréhensions et des dysfonctionnements, néfastes au bon déroulement de la prise en charge des malades. Le mauvais suivi des patients va entraîner des résistances que le système de santé est jusqu'à présent incapable de gérer.

La trypanosomiase, la tuberculose, auxquelles j'ajouterai le sida, sont des maladies stigmatisantes à évolution lente. La trypanosomiase est apparue dans ce contexte de bouleversements importants entraînés par la colonisation, ou plutôt l'exploitation des territoires coloniaux. Le déplacement des populations, les nouvelles conditions de vie, la faiblesse des organismes sujets aux nouvelles formes de stress et de travaux physiques, dans une situation d'incompréhension et de brutalité parfois excessive, ont favorisé sa dissémination et ses manifestations épidémiques. L'administration coloniale y a répondu. La tuberculose et le sida apparaissent dans un contexte de bouleversements politiques et surtout économiques. On pourrait à la limite, même si cela va sembler excessif, affirmer que l'épidémie actuelle de sida est le parangon de ce qu'avait été la trypanosomiase à l'époque coloniale. On pourrait dire : un nouveau cours de l'histoire, une maladie, « *d'un tombeau l'autre* » pour emprunter ses termes à Jean-Pierre Dozon (1991). On a là l'inscription des changements sociaux dans les corps et, pour Vinh-Kim (2001), des changements bio-sociaux. Pour cet auteur, les changements sociaux et biologiques s'emboîtent. Les changements sociaux ne doivent pas seulement être interprétés en termes de représentations, de structure sociale, de culture. Ils s'incorporent également dans la réalité biologique des corps. Cela pourrait rappeler la pensée de Paul Farmer (1996 ; 2001) et de Didier Fassin (2004) au sujet de l'incorporation des inégalités ou des rapports de pouvoir, sauf qu'ici il ne s'agit pas seulement des inégalités mais de la manifestation biologique des changements sociaux, qui par ailleurs produisent les inégalités. Dans ce sens, on pourrait dire que l'inscription des inégalités dans les corps fait partie de l'ensemble des changements bio-sociaux.

Comment situer la mémoire des corps par rapport aux changements bio-sociaux ? Il me semble que la différence se situe au niveau de la démarche. Dans le premier cas, la mémoire du corps, on part d'un corps souffrant pour retracer une histoire individuelle et une histoire collective. Dans le deuxième cas, les changements bio-sociaux, on prend en compte la réalité sociale et la matérialité des corps et on essaie de voir comment l'un et l'autre se coproduisent. La trypanosomiase, la tuberculose et le sida au Cameroun sont à la fois des manifestations de ces changements bio-sociaux, l'expression de l'incorporation des inégalités et des corps qui se souviennent. On a donc dans ces corps qui se souviennent et qui rappellent une trajectoire individuelle et sociale des bouleversements sociaux, l'inscription des changements sociaux, des changements bio-sociaux.

A un problème de santé qui s'était posé, l'administration coloniale, coupable ou forcée, a répondu en créant une mission qui a permis de résoudre le problème. De l'Etat, maintenant indépendant, auquel des problèmes similaires se posent, les réponses « *internes* » tardent à venir. Pourquoi la mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil a-t-elle atteint ses objectifs ? Pourquoi l'administration coloniale a-t-elle réussi ? Et pourquoi les Etats africains ont-ils du mal à répondre aux problèmes de santé des populations africaines ?

## II- DE « BABEL A ALMA-ATA... ET RETOUR »

Chargée de réaliser l'assainissement complet du Cameroun, la mission de la maladie du sommeil avait été dotée des moyens et du personnel nécessaires. Le rapport entre le personnel alloué à cette mission et celui qui fut alloué à la lutte contre la trypanosomiase en AEF peut rendre témoignage de cet état de choses.

**Tableau 9 : Personnel alloué à la lutte contre la trypanosomiase humaine en AEF et au Cameroun**

Colonie	Afrique Equatoriale Française	Cameroun
Superficie en Km <sup>2</sup>	1 196 000	130 000
Personnel		
Médecins	8	10
Hygiénistes	2	10
Infirmiers européens	9	10
Agents sanitaires	3	20
Infirmiers indigènes	116	300
Total	138	350

Source : Louis & Simarro, 2005 : 257.

Indépendant de l'autorité médicale du territoire, « *pouvant s'affranchir comme la glossine et le trypanosome, des frontières administratives* » (Gandji, 1988 : 122), le chef de la mission avait également été doté des pouvoirs administratifs lui permettant de faire appliquer toutes les mesures et règlements sanitaires nécessaires à la bonne marche des activités de lutte. Le traitement et les indemnités alloués au personnel étaient un important facteur de motivation. La personnalité du chef de la mission fera dire à Jean Mazé, médecin de la mission : L'« *esprit de la mission, c'est le Patron ; s'il s'en va nous nous en irons* ». J'ai indiqué que la stratégie employée pour résoudre les problèmes posés par la maladie du sommeil était militaire. La contrainte était régulièrement employée, avec évidemment des abus. « *Les méthodes employées par Jamot n'étaient pas moins dans leurs modalités, typiquement coloniale. Jamot, au nom de l'efficacité était partisan de la « manière » forte en matière médicale* » (Suret-Canale, 1964 : 510). Marquage des corps, séparation des « *multiplicités diffuses* », des « *liaisons dangereuses* » (Foucault, 1975), contrôle des déplacements : c'était de la surveillance. Corps du colonisé, corps-objet sur lequel doit s'exercer la puissance de la science, de la médecine, la puissance du colonisateur qui le classe, qui le surveille, qui le veut productif, qui s'en méfie, s'en protège. Du biopouvoir (Foucault, 1997) exprimé sans complaisance. Chacun de ces facteurs (moyens, statut de la mission, charisme du chef de la mission, contrainte) a participé au succès de cette entreprise.

J'ai aussi noté que le Cameroun s'était, à l'instar des autres pays africains, engagé depuis la fin des années 70 dans un processus de réforme de son système de santé. La réforme initiée à la suite de la conférence d'Alma-Ata était basée sur les soins de santé dits primaires, le terme primaire ne signifiant pas sommaire, élémentaire, ou encore de degré inférieur, mais premier, primordial, de premiers recours (Grodos & Béthune, 1988). La réforme devait permettre d'en finir avec l'hospitalocentrisme, la primauté de la ville, surtout de la capitale, sur la zone rurale, la primauté des activités curatives sur les activités préventives, la primauté du médecin sur le reste du personnel de santé, du traitement de la maladie sur la promotion de la santé, des bâtiments sur les activités, et de parvenir à des soins de santé dits globaux, la santé étant ici considérée non plus comme l'absence de maladie mais comme un état de bien-être mental, physique et social. Cette globalité impliquait que « *soient pris en charge à la fois le soulagement de la souffrance quotidienne des gens (leur demande de soins) mais aussi les aspects de prévention et de promotion de la santé (par l'éducation sanitaire, les services de protection maternelle et infantile, l'action sur le milieu, etc.)* » (Grodos & Béthune, *Idem* : 882). J'ai aussi signalé que le modèle des soins de santé primaires n'avait pas réussi et que, au nom de l'urgence, du réalisme, plusieurs grands organismes internationaux s'étaient



investis dans les soins de santé dits « *sélectifs* ». On est ainsi resté pour la lutte contre les maladies aux modèles verticalistes qui non seulement permettent aux bailleurs de fonds d'avoir rapidement une certaine visibilité, des résultats, mais cette option est également l'une des opportunités, voire la seule opportunité permettant l'acheminement des ressources matérielles et financières vers la périphérie (El Abassi, 1998).

L'initiative des soins de santé primaires fut revue à la conférence de Bamako pour être, disons, adaptée au contexte africain. Le recouvrement des coûts et le district de santé devinrent les figures de proue (Gruénais, 2001) de la réforme des systèmes de santé. Structure gérée par un médecin de santé publique, le district de santé doit être à la fois un réseau de structures hospitalières (allant du centre de santé intégré à l'hôpital de district aux centres médicaux d'arrondissement ou aux centres de santé médicalisés) et la structure opérationnelle chargée de la mise en œuvre des différentes orientations des politiques de santé dans la périphérie. Mais alors que le processus est encore en cours, on se demande déjà s'il ne faut pas penser à un autre concept. Le district de santé, l'aire de santé, l'initiative de Bamako en général, s'est peut-être intégré dans les institutions mais les populations ne l'ont pas intégré. Les malades pensent en termes d'hôpitaux, de centres de santé confessionnels, de petits et de grands centres de santé, les petits centres étant sollicités pour les problèmes jugés sans gravité et les grands centres/hôpitaux pour les problèmes plus sérieux, dans la logique des consultants. Il n'est pas rare de voir des patients faire des kilomètres pour se rendre dans un centre de santé public ou confessionnel, parce qu'ils y sont bien accueillis, parce que le personnel est compréhensif et poli, parce qu'on connaît un infirmier, parce qu'on peut payer « *après* », dès qu'on aura de l'argent. La notion d'aire de santé devient ici caduque.

Quant aux initiatives « *sélectives* », « *verticales* », on a désormais un peu de mal à les classer. Les responsables des programmes qui à première vue semblent verticaux refusent ce qualificatif. Ainsi en est-il du PNLT. Il m'a plusieurs fois été reproché le fait d'en parler en terme de programme vertical. Le programme, me disait-on, même s'il est orienté vers une maladie particulière, utilise les structures de santé existantes et les professionnels de santé en place. Il n'a pas ses centres de santé ; il n'a pas son propre personnel. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles certains responsables pensaient qu'on ne devait pas parler de Centre de Dépistage et de Traitement de la tuberculose (CDT), mais d'unité de dépistage et de traitement de la tuberculose, qui indiquerait que le dépistage et le traitement de la tuberculose ne sont qu'une des activités normales d'une structure de soins. Cependant le personnel à qui le suivi des patients est confié ne le voit pas de la sorte. Le PNLT est une initiative « *extérieure* », un projet dont on a

suivi la mise en œuvre. Le dépistage et le traitement de la tuberculose « s'ajoutent », pour beaucoup, à leurs activités quotidiennes. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles certains demandent un complément de salaire, « une motivation ». Lorsque j'employais ces arguments pour justifier le choix de l'expression programme vertical en parlant du PNLT, on me faisait alors comprendre que si le PNLT était ainsi vu des professionnels, sa conception et son mode de gestion étaient caractéristiques des programmes intégrés. Grodos & Béthune (1988) avaient déjà noté que les partisans de soins de santé primaires sélectifs se récriaient devant les accusations de verticalisme, prétendant leur intégration dans les structures horizontales qui en faisait des programmes « diagonaux ». Verticalité, intégration, quelles différences ? Un programme vertical consiste en un ensemble cohérent d'activités destinées à assurer le contrôle d'un seul problème ou d'un groupe de problèmes de santé liés entre eux. Une structure verticale est une structure sanitaire dans laquelle travaille un personnel spécialisé (monovalent), particulièrement qualifié dans un domaine bien précis et qui a pour tâche de prendre en charge un seul problème ou un nombre limité de problèmes de santé. La création d'un tel programme est le résultat d'une décision politique reconnaissant par là même l'importance (épidémiologique, économique, sociale, culturelle ou politique) du problème de santé et justifiant la création d'une administration spécifique qui se chargera de la gestion du programme (Criel & De Brouwere, 1998 : 84-85). Un responsable me citera l'exemple de la Mission Jamot comme « *exemple de verticalité et d'une verticalité réussie* ». Parlant maintenant d'intégration, il faut faire la différence entre un système de santé intégré et un programme de santé intégré, le premier étant un système dans lequel tous les éléments sont organisés et coordonnés de telle sorte qu'ils constituent une seule entité avec un objectif commun. Le second, quant à lui, correspond à la décision d'avoir des activités décidées dans le cadre d'un programme, réalisées par le personnel travaillant dans les structures de soins « horizontales », avec en même temps un transfert des responsabilités. L'intégration impliquera donc une décentralisation de responsabilités administratives et opérationnelles. Elle peut dans certaines activités de contrôle d'un problème de santé constituer une stratégie appropriée pour rendre les services plus efficaces (Criel & De Brouwere, 1998). Ceci n'est cependant pas toujours le cas, l'intégration étant souvent justifiée par le manque de moyens pour continuer ou faire fonctionner une structure verticale. Dans ces cas, «... *l'intégration est une solution de pis-aller, décidée de façon unilatérale par les responsables du programme vertical* » (Criel & De Brouwere, 1998).

Pour le PNLT, on peut penser que, dans sa première période, il était une initiative intégrée, intégrée par manque de moyens. Aujourd'hui, on a un peu

de mal à dire ce qu'il est exactement. Perçu par les professionnels du niveau périphérique comme un programme vertical, il est vu par le niveau central, qui a désormais ses locaux et un personnel qui s'y consacre exclusivement, comme un programme intégré. « *Diagonalité* » ? Peut-être. C'est à se demander s'il n'y a pas quelque pertinence dans ce propos d'un certain Dr Morin que citent Grodos & Béthune (*Ibid.* : 879) « *de Babel à Alma-Ata...et retour* ». Bref, on ne sait plus où on en est ! Tout ceci ne révèle, à mon avis, que les carences d'un Etat, dont la marge de manœuvre s'amenuise. Cela reflète une absence de politiques de santé en tant que stratégies mises sur pied pour atteindre un but bien précis, une absence d'« *internalisation* » de la santé publique, une absence de pouvoir de l'Etat sur la mort et sur le maintien de la vie ; cela dénote finalement l'absence d'une volonté politique visant à protéger la santé publique. Patrice Bourdelais (2003) a pourtant montré l'importance de la détermination des autorités centrales d'un Etat dans le contrôle d'une épidémie, en prenant l'exemple de Colbert lors de l'épidémie de peste de 1667-1670. Colbert avait non seulement mis en œuvre les mesures préventives habituelles (cordons militaires, quarantaines, lazarets, contrôle de la circulation à travers des bureaux de santé), mais il s'était aussi assuré de leur application effective, important changement par rapport aux époques passées, où il y avait toujours eu des façons de contourner les barrières, des dérogations accordées aux bourgeois, à leurs enfants et aux marchands, choses qui d'une certaine façon limitaient l'efficacité des mesures prises. « *Entre la poursuite d'une activité économique à laquelle il était très attentif, note Bourdelais, et la sécurité sanitaire de l'Île-de-France et de la capitale, Colbert a choisi cette dernière et il réussit à contenir la peste dans les terres du Nord* » (Bourdelais, *Idem* : 49). La détermination de Colbert a en effet permis de maintenir l'épidémie de peste de 1667-1670 en dehors de la ville de Paris, alors que la ville de Londres a été totalement dévastée (Bourdelais, *Ibid.*). Cela était non seulement la manifestation du passage à une nouvelle politique de contrôle de la vie, une biopolitique, du passage au « *seuil de la modernité biologique* » (moment où l'espèce entre comme enjeu dans ses propres stratégies) (Bourdelais, *Ibid.*), mais aussi et surtout une preuve de l'impact que pouvait avoir la volonté ferme des autorités centrales d'un Etat sur le contrôle d'une épidémie.

La mission de prophylaxie de la maladie du sommeil avait été créée pour répondre à un besoin précis ; elle était dotée d'un personnel formé et à elle spécialement affecté. Les tâches étaient précises et soigneusement réparties : médecins des troupes coloniales, infirmiers-microcopistes, infirmiers employés au bureau du médecin, infirmiers-recenseurs, infirmiers chargés des ponctions ganglionnaires, infirmiers chargés des prises de sang, infirmiers-colorateurs, infirmiers de traitement, écrivains-interprètes chargés

du recensement administratif, hamaqueurs, tipoyeurs, porteurs de médicaments etc. (Gandji, 1988). Des systèmes d'évaluation avaient été conçus pour évaluer la progression de l'œuvre médicale accomplie.<sup>131</sup> Elle a été supprimée pour des raisons financières, après avoir, heureusement, atteint ses objectifs, et un service chargé de la même mission a été créé au sein de la direction du service de santé. La mission, après avoir atteint ses objectifs, a donc été « intégrée » et ce fut, si l'on regarde les résultats obtenus, une intégration réussie.

A cette lecture, on pourrait m'attribuer une vision manichéenne de la situation. Il y a eu une époque où tout allait bien, l'époque coloniale, et il y a maintenant une époque où tout va mal. Ce n'est pas le cas. On ne peut pas dire que l'administration coloniale fut très soucieuse de la santé des populations ; la difficile mise en œuvre des dispositifs de lutte contre la trypanosomiase humaine en AEF<sup>132</sup> et en AOF<sup>133</sup> le montre. Par ailleurs des abus étaient fréquemment commis par le personnel de la mission comme Wang Sonné (1983) l'a bien montré.

### III- DU BIPOUVOIR

J'ai évoqué la notion de biopouvoir et je ne m'y suis pas vraiment étendue. La présence ou l'absence de cette emprise du pouvoir sur les corps

---

<sup>131</sup> L'indice de contagion : rapport nouveaux malades dans des populations antérieurement examinés et reconnu indemnes sur le nombre d'habitants examinés, permettait de connaître la rapidité avec laquelle la maladie se propageait dans une région. L'indice de morbidité nouvelle : rapport du nombre total de nouveaux malades-le nombre des anciens malades, sur le nombre total d'habitants examinés montrait l'activité du foyer ; l'indice de stérilisation, pourcentage des anciens malades qui sont indemnes de parasites dans le sang et dans la lymphe, donnait une idée de l'action stérilisante des cures appliquées et l'indice de virus en circulation : nombre total de nouveaux malades plus les anciens étant encore parasités, sur le nombre total de personnes examinées (Bebey-Eyidi, 1950).

<sup>132</sup> Voir : Louis, F.J., & P.P., Simarro, 2005 « Les difficiles débuts de la lutte contre la maladie du sommeil en Afrique Equatoriale Française », *Médecine Tropicale*, Vol.65, P. 251-257.

<sup>133</sup> Les autorités de l'ex-Afrique occidentale française (AOF) avaient écarté les rapports de Bouffard, Thiroux, Martin (1876 ; 1877), les publications et observations de Corré (1906 ; 1909 ; 1910), qui établissaient la présence de foyers de la maladie du sommeil dans tous les territoires de l'AOF et attiraient l'attention sur le dépeuplement qu'elle avait entraîné sur les rives du fleuve Sénégal et de la Volta Noire après l'introduction du transport par barges. « Si certains allaient jusqu'à nier l'existence de la maladie du sommeil, d'autres n'admirent sa présence à l'intérieur du territoire qu'en la considérant comme une maladie importée, qui se serait propagée le long des côtes entre le Congo et la Côte d'Ivoire pendant les années 1920 et 1930. Il fallut attendre l'intervention de Jamot, présent par hasard à Dakar pour éclairer les autorités sur cette « soi-disant » épidémie. En trente mois, Jamot détectera 68 000 cas et ce nombre atteindra 180 000 en 1938 » (Janssens, 1992 : 1436). Ainsi, conclut Janssens (1992), les présomptions gratuites des autorités en matière sanitaire pouvaient aussi freiner les recherches sur la trypanosomiase et la lutte contre cette maladie.

explique, à mon avis, pourquoi on était dans un certain sens parvenu à « vaincre » la maladie du sommeil au Cameroun à l'époque coloniale et pourquoi, aujourd'hui, l'Etat camerounais a du mal à « gouverner les corps » (Fassin & Memmi, 2004).

Michel Foucault définit le biopouvoir comme « l'ensemble des mécanismes par lesquels ce qui, dans l'espèce humaine, constitue ses traits biologiques fondamentaux va pouvoir entrer à l'intérieur d'une politique, d'une stratégie politique, d'une stratégie générale de pouvoir » (Foucault, 2004 : 3). Le biopouvoir s'exercerait par le biais d'une biopolitique qu'il définit comme « la prise en compte de la vie par le pouvoir, une prise de pouvoir sur l'homme en tant qu'être vivant, une sorte d'étatisation du biologique » (Foucault, 1997 : 213). Il fait la différence entre la biopolitique et la discipline qui, elle, s'adresse au corps, « essaie de régir la multiplicité des hommes en tant que cette multiplicité peut et doit se résoudre en corps individuels à surveiller, à dresser, à utiliser, éventuellement à punir ». Le biopouvoir, lui, « s'adresse à la multiplicité des hommes, mais non pas en tant qu'ils se résument en des corps, mais en tant qu'elle forme au contraire, une masse globale affectée de processus d'ensemble qui sont propres à la vie, et qui sont des processus comme la naissance, la mort, la production, la maladie etc. » (Foucault, *Ibid.*, 216). On a donc une prise de pouvoir sur les corps, faite « sur le mode de l'individualisation », la discipline et une autre prise de pouvoir qui, elle, « n'est pas individualisante mais qui est massifiante », faite en direction non pas de « l'homme corps, mais de l'homme espèce ». On a donc une « anatomo-politique » du corps humain et une « biopolitique » de l'espèce humaine. Cette nouvelle technique du pouvoir a pour cible un ensemble de processus dont la natalité, la mortalité, les taux de reproduction et de fécondité d'une population etc. Dans cette biopolitique, il s'agit aussi du problème de la morbidité, non plus simplement au niveau des épidémies, mais aussi des endémies, « c'est-à-dire la forme, la nature, l'extension, la durée, l'intensité des maladies régnantes dans une population. Maladies plus ou moins difficile à extirper, et qui ne sont pas envisagées comme les épidémies, à titre de causes de mort plus fréquente, mais comme des facteurs permanents de soustraction des forces, diminution du temps de travail, baisse d'énergies, coûts économiques, tant à cause du manque à produire que des soins qu'elles peuvent coûter » (Foucault, *Ibid.* : 217). Ici la maladie est prise en compte « comme phénomène de population : non plus comme la mort qui s'abat brutalement sur la vie...mais comme la mort permanente, qui glisse dans la vie, la ronge perpétuellement, la diminue et l'affaiblit » (Foucault, *Ibid.*). L'autre champ d'intervention de la biopolitique est celui des accidents, des infirmités, des anomalies diverses, de la vieillesse, « de l'individu qui tombe, par conséquent, hors du champ de capacité, d'activité » (Foucault, *Ibid.*). Cette biopolitique prend enfin en

compte les relations entre les êtres humains en tant qu'espèce, en tant qu'êtres vivants et puis leur milieu d'existence, que ce soient les effets bruts du milieu géographique, climatique, hydrographique et, également, le problème de ce milieu, en tant qu'il n'est pas un milieu naturel et qu'il a des effets de retour sur la population. C'est donc sur la natalité, sur la morbidité, sur les incapacités biologiques diverses, sur les effets du milieu, que la biopolitique « *va prélever son savoir et définir le champ d'intervention de son pouvoir* » (Foucault, 1997 : 218-219). C'est par rapport à ces phénomènes qu'elle va mettre en place des institutions d'assistance et des mécanismes plus subtils. Il va falloir modifier, faire baisser la morbidité, allonger la vie, stimuler la natalité. Des mécanismes mis en place, il va s'agir de prévisions, d'estimations statistiques ; il va également s'agir d'intervenir au niveau de ce que sont les déterminations de ces phénomènes généraux. A la différence des disciplines, il ne s'agit pas ici d'un dressage individuel s'opérant par un travail sur le corps lui-même. Il s'agit au contraire de prendre en compte les processus biologiques de l'homme-espèce et d'assurer sur eux une régularisation. Il faut cependant savoir que les mécanismes disciplinaires et la biopolitique ne s'excluent pas et peuvent s'articuler l'un sur l'autre.

A un problème de santé qui s'était posé, le système colonial a donc répondu par une expression forte du biopouvoir. Il fallait sauver les indigènes pour vivre soi-même, pour continuer à exploiter les richesses, pour faire vivre et enrichir la métropole. Cela a donc donné lieu à la mise en œuvre de tous ces mécanismes de surveillance des corps, comme je l'ai mentionné à l'introduction, du quadrillage systématique des espaces, du dépistage, du fichage et de la catégorisation des individus. Il s'agissait, notamment par la pratique du « *dépistage* », d'analyser les « *pluralités confuses* » (Foucault, 1975). Il s'agissait également, par les « *mesures de surveillance de la circulation* », d'annuler la « *disparition incontrôlée des individus* », leur « *circulation diffuse* », d'établir « *des présences et des absences* », de savoir où et comment retrouver les individus, d'instaurer les « *communications utiles* » (Foucault, *Idem*), d'interrompre les autres. Il s'agissait donc en fin de compte de procédures, pour connaître, pour maîtriser et pour utiliser.

La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun sous administration coloniale française est bien un exemple de cette emprise du pouvoir sur les corps. J'ai montré comment, par cette « *manière forte* », on était parvenu à répondre au problème posé par la maladie du sommeil. Aujourd'hui je vois dans les dysfonctionnements, les lacunes du système de santé, une carence de biopouvoir ou un éclatement de celui-ci entre plusieurs organismes internationaux et de coopération s'investissant dans des limites bien précises, sur des problèmes de santé différents, avec des buts, méthodes et logiques

différents, une « *externalisation* » de la santé publique ou des politiques de santé. Tolen (1963 : 14) remarquait d'ailleurs à ce sujet que « *l'influence des étrangers sur le régime économique et social est la clé qui donne accès aux leviers de commande de la vie politique et économique du pays* » et il ajoutait « ... *Au Cameroun celui qui paie est parfois celui qui dirige* ». J'ai évoqué le cas de l'Adamaoua, dernière province à recevoir le PNLT parce qu'aucune organisation non gouvernementale, ou internationale, n'y intervenait jusque-là. J'ai montré comment cette « *initiative extérieure* » était mise en œuvre dans un « *système de santé en mutation* » (Gruénais, 2001) et j'en ai conclu que, par les dysfonctionnements qu'on pouvait observer, le système de santé participait à la création de ses difficultés futures. J'ai voulu approcher le problème de cette force du biopouvoir dans une première période et de l'absence/carence/éclatement de celui-ci dans un deuxième moment, en réfléchissant sur les notions de volonté politique et de culpabilité. Entendons par volonté politique le désir ferme d'accomplir, sauf que je ne savais pas où situer la volonté politique dans la naissance de la mission de la maladie du sommeil, ni dans la naissance et la mise en œuvre du PNLT. Il y a eu des décisions « *politiques* », dans la mesure où elles étaient plus la réponse à une situation politique précise, qu'à une pathologie. Je souhaitais toucher à la notion de culpabilité en me demandant si finalement la lutte contre la trypanosomiase n'avait pas été entreprise parce que les pouvoirs coloniaux se sentaient « *coupables* » d'avoir bouleversé la vie des « *indigènes* », avec au bout du compte de telles conséquences. Cependant, en relisant les facteurs qui ont conduit à la naissance de cette mission, si Eugène Jamot dans ses conférences recourait parfois à cet argument, l'initiative de la lutte contre la maladie du sommeil ne naîtra pas d'un sentiment de culpabilité. Donc ces deux notions ne pouvaient pas vraiment être analysées dans ce cas précis. Par contre, on pouvait se demander quelles étaient les raisons de leur absence, absence d'une volonté politique de lutte contre la maladie du sommeil, absence d'une volonté politique de lutter contre la tuberculose à l'heure actuelle.

J'ai évoqué les « *ruptures* » dans l'introduction de ce travail, « *ruptures* » qui auraient entraîné une réorientation des priorités. J'en ai énuméré un certain nombre : la pénétration européenne au Cameroun, la Première Guerre mondiale avec le passage du Cameroun sous la tutelle de la France, la Deuxième Guerre mondiale suivie de la Conférence de Brazzaville, l'autonomie, l'indépendance, la réunification, l'accession de M. Paul Biya à la magistrature suprême, le coup d'Etat du 2 avril 1982, la crise économique et les programmes d'ajustement structurel, l'entrée dans le multipartisme avec les « *événements de 1994-1995* ». A cela, il faudrait ajouter : la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, l'initiative de Bamako, l'investissement récent de la Banque Mondiale dans

les politiques de santé notamment par l'initiative PPTTE (pays pauvres très endettés), la création du Fonds Mondial contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Tous ces événements, ces décisions, ces réformes n'ont pas eu le même impact. Je voudrais retenir comme ruptures essentielles la pénétration européenne, la conférence de Brazzaville, l'indépendance, les réformes d'Alma-Ata et l'initiative de Bamako, l'investissement de plus en plus important des organisations internationales, des associations, des organisations de coopération dans la santé. Il me semble que cet investissement remonte à Alma-Ata. La conviction des changements positifs que cette réforme allait entraîner avait poussé les organismes de coopération des anciens Etats coloniaux premièrement, puis les organisations internationales et les organisations de coopération multilatérale et bilatérale diverses à s'investir pour améliorer la santé des populations de ce qui était alors le tiers monde. Aujourd'hui, en dépit des réformes, des fonds investis, de l'engagement de ces organisations pour « améliorer », « changer », « aider », on a l'impression que la situation, loin de s'améliorer, n'arrête pas de se dégrader. Même si on peut citer quelques expériences réussies, on est en droit de s'interroger sur les motivations de ce qu'on pourrait appeler l'« acharnement » à investir dans la santé des pays pauvres, des pauvres.

J'ai indiqué dans mon introduction que Bruno Dujardin (2003) expliquait les échecs dans la mise en œuvre des politiques de santé en Afrique, en prenant en compte un paradigme pasteurien tenace et envahissant, et les canons de la formation des médecins, analyse à laquelle je ne souscrivais pas entièrement. Mais comme je l'ai également souligné, il ne nous donnait pas les raisons de cet « acharnement » à coopérer, malgré les échecs. Je ne partage pas l'argument humanitaire basé sur l'« amour du prochain », le partage des richesses. Je vais expliquer cet « acharnement » à investir dans la santé des (pays) pauvres en prenant à mon compte, pour l'inverser, l'analyse des rapports que Michel Foucault (1997) établit entre la biopolitique et le racisme. Il part du meurtre, c'est-à-dire comment, dans cette technologie du pouvoir qui a pour objet et pour objectif la vie, va s'exercer le droit de tuer. Il fait intervenir le racisme, comme « *mécanisme fondamental du pouvoir, tel qu'il s'exerce dans les Etats modernes* » (Foucault, *Idem* : 227). Dans cette biopolitique, le racisme permet d'introduire dans ce domaine de la vie que le pouvoir prend en charge une coupure entre ce qui doit vivre et ce qui doit mourir. Il permet également d'établir une relation positive du type : « *Plus tu tueras, plus du feras vivre* » ou « *Plus tu laisseras mourir, et plus, de ce fait même, toi tu vivras* ». C'est ce rapport qui m'intéresse et que je souhaite inverser, en trouvant dans la coopération, malgré les échecs répétés, ou



l'« *acharnement* » à coopérer, le désir de « *faire vivre, pour vivre soi-même* ». <sup>134</sup>

#### IV- COMMENT NAISSENT LES POLITIQUES VERTICALES DE SANTE : LE JEU DES ACTEURS

Cette question n'a pas fait l'objet de recherches anthropologiques et c'est une des questions auxquelles il n'y a pas de réponses globales ; on ne peut que construire des réflexions et essayer des réponses sur la base d'exemples bien précis. Les exemples étudiés ici me permettent d'oser une réponse. Mon analyse se limitera essentiellement aux différents types d'acteurs qui interviennent dans la naissance et la mise en œuvre d'une politique verticale de santé.

J'entends par acteur une personne qui prend une part déterminante dans une action. J'ai établi trois catégories principales d'acteurs : les « *acteurs externes* », les « *stratèges* » ou « *tacticiens* » et les « *acteurs opérationnels* ». Ces différentes catégories n'apparaissent pas, il faut le signaler, par ordre d'importance ; ces différents groupes d'acteurs sont, au même degré, importants pour la mise en œuvre et le bon déroulement du projet pour lequel ils sont sollicités et dans lequel ils sont censés intervenir. Ainsi l'acteur externe ou le stratège ne sont pas plus importants que les acteurs opérationnels, même si ceux-ci pourraient représenter le dernier niveau d'une pyramide établie sur la base du contact avec le groupe cible de l'intervention. Ceci m'amène à clarifier ces différentes catégories.

Il se peut que pour les besoins d'un projet on ait besoin d'une source de financement, d'un stratège en tant que concepteur du projet et artisan de sa mise en œuvre et de personnes qui seraient chargées de l'application du projet sur le terrain. Le stratège élabore la tactique, entendons par là « *l'art de construire, avec des corps localisés, les activités codées et les aptitudes formées, des appareils où le produit des force diverses se trouve majoré par leur combinaison calculée* » (Foucalt, 1975 :196). Pour construire sa tactique, il a besoin d'une connaissance aiguisée des différents éléments du problème qu'il souhaite résoudre, du groupe cible, des réalités du site sur lequel le projet doit être implanté et il doit avoir la flexibilité nécessaire pour

---

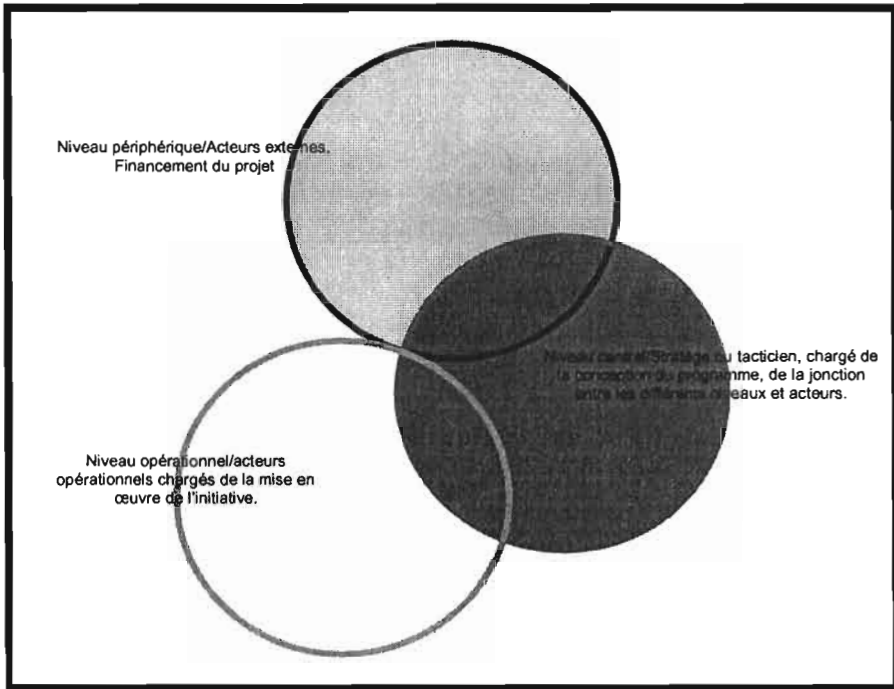
<sup>134</sup> En abordant la question de cette façon, je laisse de côté le rôle des firmes pharmaceutiques, rôle qu'il serait intéressant de saisir. Dans un livre récent, Jörg Blech (2005) montrait comment les firmes pharmaceutiques participaient à « l'invention des maladies ». En bref, pour chaque molécule découverte, une maladie était créée, les médias s'en emparaient par la publicité et les populations commençaient à en souffrir, faisant vendre le médicament ou la molécule. Le tiers-monde est certainement un marché pour les firmes pharmaceutiques, mais il faudrait rechercher leur rôle, leur place, leur pouvoir dans l'émergence des politiques de santé.

adapter son projet aux réalités du terrain. Placé à la tête d'un groupe de personnes qui œuvrent dans le même but, le stratège doit aussi être un meneur d'hommes. Il doit pouvoir justifier, communiquer et transmettre, de façon claire, à tous ses collaborateurs et autres personnes susceptibles de s'intéresser à son projet, ses motivations, ses buts, ses espérances, ses attentes. Ceci est très important lorsqu'il faut trouver les moyens nécessaires à la mise en œuvre du projet. Ces moyens sont en général fournis par ceux que j'ai choisi d'appeler les « *acteurs externes* », représentés par les organismes de coopération, bilatérale et multilatérale, les ONG et les associations. L'expression « *acteur externe* » a été choisie pour mettre en évidence l'aspect « *externe* », « *périphérique* » de ces organisations qui, en général, n'ont de connaissance de la réalité que ce qu'on leur en dit, et dont la place dans le projet restera « *périphérique* », en ce sens qu'elles ne recevront de la part des responsables de celui-ci que des rapports éventuellement complétés par des visites sur le terrain. Mais elles ne garderont du projet que des dossiers, des rapports, des statistiques importantes pour évaluer son évolution, sa bonne marche, les difficultés rencontrées et les besoins nécessaires à sa bonne continuation. En fait, les « *acteurs externes* » n'apportent que l'aide financière et matérielle nécessaire à la réalisation du projet. Le « *stratège* » doit s'arranger pour maintenir avec ceux qui sont déjà impliqués une communication régulière, et constamment rechercher les façons d'attirer d'autres « *acteurs externes* ». Il faut dire qu'en général cette collaboration s'inscrit dans une durée plus ou moins longue, souvent négociable et que le montant de la subvention ne dépasse pas un plafond également négociable. Précisons aussi que, souvent, le « *stratège* » n'ayant pas assez d'argent pour ses activités, est en quête permanente de collaborateurs, d'« *acteurs externes* ». Pour appliquer la tactique conçue, il faut un troisième niveau d'acteurs : j'ai choisi de les appeler les « *acteurs opérationnels* ». Ils sont chargés de la mise en œuvre du projet. En général, il s'agit du personnel du système de santé, qui sera alors « *affecté* » ou « *détaché* ».

On peut également parler de trois niveaux d'intervention : un niveau opérationnel, lieu d'application de l'initiative, un niveau central qui n'est pas dans ce sens synonyme de localisation géographique précise, mais qui indique simplement le cœur de l'initiative, le lieu de définition de la politique, de sa construction, et un niveau extérieur, lieu des pourparlers, des plaidoyers pour l'obtention des ressources. En général, cet « *extérieur* » est à la fois matérialisé par sa localisation et symbolique, en ce qu'il n'entretient aucune relation avec le site du projet. D'ailleurs, au niveau périphérique, on n'a de connaissance de cet « *extérieur* » que ce qui en est dit par les « *tacticiens* » ou à l'occasion de visites d'évaluation. Ce jeu d'acteurs

chargés de la conception, de la définition et de la mise en œuvre d'une politique verticale de santé peut être ainsi schématisé :

### Schéma 3 : Positionnement des différents acteurs d'une politique verticale



Au niveau opérationnel donc, se trouvent les « *acteurs opérationnels* », en contact avec le groupe cible et chargés d'appliquer les éléments de l'initiative qui doit être mise en œuvre. Coiffant le dispositif, on a les « *acteurs externes* », qui apportent les moyens nécessaires à la mise en œuvre de la politique et qui ont un droit de regard sur celle-ci et, enfin, les « *stratèges* » ou « *tacticiens* », qui construisent l'initiative et servent de relais entre le niveau opérationnel et le niveau périphérique. La naissance, la mise en œuvre, le succès ou l'échec d'une politique de santé dépendent de l'intervention de ces divers types d'acteurs et de l'articulation des différents niveaux d'opération. Dans le premier exemple, la naissance de la mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil, on a un contexte scientifique et politique particulier, qui favorise l'action d'individus situés à différents niveaux du pouvoir administratif et politique, acteurs visibles et invisibles (tous « *externes* »), qui semblent construire la trame des rencontres

et réunions qui finiront par donner naissance à la mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil. On a le « *tacticien* », Eugène Jamot, et comme « *acteurs opérationnels* » les médecins du corps de santé colonial et les infirmiers indigènes. Dans le deuxième exemple, la naissance du PNLT, on retrouve également des « *acteurs externes* » : l'Union Européenne au départ, la Coopération française, la coopération allemande (GTZ), l'Aide aux Lépreux Emmaüs Suisse (ALES) ensuite, et le Fonds Mondial ; on a des « *tacticiens* » : le Dr Noeske, le Professeur Kuaban, le Dr Bercion et, aujourd'hui, le Groupe Technique Central, dirigé par son secrétaire permanent, le Dr Hubert Wang. On a également des « *acteurs opérationnels* », qui sont les personnels de santé du niveau intermédiaire et périphérique, chargés de mettre les directives du Groupe Technique Central en application. Au-delà donc de la réponse à une situation épidémiologique critique, on peut penser que la naissance d'une politique verticale de santé n'est souvent qu'une question de mobilisation d'acteurs et de ressources. Elle consiste à attirer l'attention, surtout celles des « *acteurs externes* » (individus et institutions), à savoir se servir des « *priorités* », de la « *ligne budgétaire* » de telle ou telle organisation, de tel ou tel Etat à employer le langage des acteurs et institutions sollicités à « *mettre en scène* » une réalité « *inacceptable* » transformable, finançable. En abordant la question de cette façon, je ne sous-estime pas l'importance du hasard (la bonne personne, au bon endroit, au bon moment), des facteurs structurels, qui englobent les facteurs économiques, politiques, et ceux liés au fonctionnement des structures administratives.

## CONCLUSION GENERALE

Je me suis proposé d'apporter des réponses à la question suivante : comment naissent les politiques verticales de santé en Afrique ? J'ai construit mon argumentation autour de deux maladies et de deux périodes : la trypanosomiase humaine africaine (THA) et la tuberculose ; la période coloniale et la période contemporaine, l'exemple étant celui du Cameroun. Il s'agissait donc de faire un déplacement dans le passé et le présent pour comprendre l'état actuel des systèmes de santé africains et, plus particulièrement, ce qui se passe au Cameroun. Autour de la question centrale de ce travail, se trouvent des questions secondaires dont deux que je vais évoquer dans cette conclusion : comment expliquer les échecs répétitifs des politiques de santé menées en Afrique ? Qu'est-ce qui justifie l'« *obstination* » à vouloir améliorer la santé des (pays) pauvres ? L'hypothèse centrale de ce travail était que les « *épidémies* » se construisent et donc que les réponses à celles-ci ne naissent pas nécessairement du constat d'une situation épidémiologique critique. J'ai expliqué dans l'introduction comment j'étais arrivée à m'intéresser à la trypanosomiase et à construire une problématique de thèse autour de deux pathologies aussi différentes avec le but ultime d'arriver à montrer pourquoi l'initiative menée contre la maladie du sommeil avait été couronnée de succès et pourquoi aujourd'hui en Afrique il était difficile de lutter efficacement contre la plupart des maladies infectieuses.

### 1- Comment naissent les politiques verticales de santé

J'ai voulu montrer en me servant de l'exemple de la tuberculose et de la trypanosomiase que, contrairement à ce que l'on pourrait penser, les politiques de santé ne naissent pas toujours du constat d'une situation épidémiologique grave ou de l'hypothèse d'une crise épidémiologique avérée. La naissance d'une politique de santé est souvent l'initiative d'acteurs situés à différents niveaux de pouvoir, des acteurs capables d'utiliser les chiffres relatifs à la mortalité et à la morbidité, les caractéristiques spécifiques de certaines maladies, notamment leur capacité à marquer les esprits, les dernières avancées scientifiques et techniques, leurs réseaux de relations sociales et professionnelles, pour susciter un intérêt pour une question précise de santé et entraîner une mobilisation de ressources

financières. Il s'agit en général de construire et de faire des plaidoyers se résumant ainsi : la maladie X est un réel problème de santé publique ou pourrait le devenir (indications de chiffres), or nous disposons de médicaments, de vaccins ou de traitements dont l'efficacité est prouvée, nous pouvons agir contre cette maladie, mais nous manquons les moyens. En répondant à la question de cette façon, je ne sous-estime pas l'importance de tout ce qui relève du hasard (la bonne personne, au bon endroit, au bon moment) et des facteurs qu'on pourrait appeler structurels, qui englobent les facteurs économiques, politiques, les éléments liés au fonctionnements des structures gouvernementales, le pouvoir des organisations internationales. Au-delà donc de la réponse à une situation épidémiologique critique, on peut penser que l'émergence d'une politique verticale de santé n'est souvent qu'une question de plaidoyers, de mobilisation d'acteurs et de ressources.

## **2- Comment expliquer les échecs répétitifs des politiques de santé menées en Afrique**

Dans la première partie de l'ouvrage, je décris comment l'administration coloniale a répondu à la situation créée par la maladie du sommeil par une expression forte du biopouvoir étroitement étayée sur une raciologie, une pensée de régénération des races nègres et comment on était de cette façon parvenu à maîtriser l'épidémie. Aujourd'hui, je vois dans les échecs, les dysfonctionnements et autres lacunes du système de santé camerounais et, de façon plus générale, des systèmes de santé africains, une carence de biopouvoir ou un éclatement de celui-ci entre plusieurs organismes internationaux et organismes de coopération ; j'y vois une « *externalisation* » ou une carence d'« *internalisation* » de la santé publique ou des politiques de santé, les carences d'un Etat ou d'Etats dont la marge de manœuvre s'amenuise, une absence du pouvoir de l'Etat sur la mort et sur le maintien de la vie. Alors que la santé devient une condition de sécurité, de développement, elle tarde encore à s'inscrire dans les priorités des responsables d'Etats africains qui semblent se préoccuper d'autre chose, notamment de leur propre perpétuation. A une administration coloniale à laquelle s'était posé un problème, il a été répondu par une expression sans complaisance du biopouvoir (Foucault, 1997). A un Etat indépendant auquel se posent des problèmes similaires, il est répondu par des actions isolées, des initiatives dénotant l'amenuisement de sa marge de manœuvre, l'absence de politique nationale en tant que stratégie pour atteindre un but précis, l'absence d'une volonté de prendre en charge la santé publique, l'absence de biopouvoir ou d'une biopolitique. A la limite on se demande si les réponses actuelles ne participent pas à la construction des problèmes auxquels le système de santé devra faire face dans l'avenir. Affirmer que l'Etat

camerounais manque de volonté, n'est-ce pas avoir une vision un peu étroite de la situation ? Les priorités dans les autres domaines, l'absence de moyens due à la crise de laquelle le pays est à peine en train de sortir pourraient également expliquer une certaine négligence dans la lutte contre les maladies, sauf que lorsqu'on regarde par ailleurs les sommes investies par les organisations de coopération sur la santé en Afrique, au Cameroun, lorsqu'on considère la circulation de ces fonds, on se rend effectivement compte que le problème n'est pas financier.

Je disais qu'il serait intéressant de voir comment les « *fonds mondiaux* » vont être utilisés dans la lutte contre la maladie. L'avantage de la politique du Fonds Mondial est qu'on peut avoir sur Internet toutes les informations concernant les politiques des programmes et les sommes allouées aux Etats, ce qui peut permettre de suivre les budgets présentés sur le terrain, pour voir ce qui finalement a été investi dans la maladie à laquelle l'argent était destiné. Cet accès à l'information financière est une chose nécessaire et difficile. Personnellement, je n'ai jamais directement eu accès aux informations financières concernant le PNLT ; celles que j'ai utilisées ont été obtenues auprès de consultants ou d'experts « *internationaux* » en France ou dans les couloirs de services n'ayant aucun rapport avec la tuberculose.

### **3- Comment justifier l'obstination à investir dans la santé des (pays) pauvres**

J'ai expliqué cette « *obstination* » à investir dans la santé des (pays) pauvres en prenant à mon compte, pour l'inverser, l'analyse des rapports que Michel Foucault (1997) établit entre la biopolitique et le racisme. Dans la biopolitique telle qu'il la définit, le racisme permet d'établir une relation positive du type : « *Plus tu tueras, plus tu feras vivre* » ou « *Plus tu laisseras mourir, et plus de ce fait même, toi tu vivras* ». C'est ce rapport que j'ai inversé en trouvant dans la coopération, malgré les échecs répétés ou « *l'obstination* » à coopérer, le désir de « *faire vivre, pour vivre soi-même* ». Je préciserai qu'il ne s'agit pas seulement de mieux vivre soi-même ici et maintenant, mais également d'évaluer les risques futurs et de trouver le moyen de les annuler ici et maintenant. Alors que le rêve de réduire les inégalités Nord-Sud s'éloigne de plus en plus, la santé fournit de nouveaux objets de réflexion, d'action, de militantisme. Elle semble être un objet de consensus, donne bonne conscience et permet d'éviter d'autres sujets plus gênants ou plus embarrassants. J'ai indiqué en m'appuyant sur Michel Foucault que, dans la biopolitique, le racisme permettait d'établir une relation du type : « *Plus tu tueras, plus tu feras vivre* », ou « *Plus tu laisseras mourir, et plus, de ce fait même, toi tu vivras* ». J'ai également souligné que

les dirigeants africains semblaient préoccupés par d'autres choses, notamment par leur propre perpétuation. La carence de biopouvoir peut s'expliquer ici, si on établit un rapport du type « *plus tu feras mourir* (en cas d'opposition ou d'« *abus* » de liberté de parole) *ou plus tu laisseras mourir, plus de ce fait toi tu vivras ou tu perdureras* ».

En dehors de la réponse à ces questions, j'ai trouvé intéressant le lien qu'on pouvait établir entre la trypanosomiase et la tuberculose, sans compter le sida, autour de ce que j'ai appelé la « *mémoire des corps* », que Didier Fassin (2006) aborde également dans son dernier ouvrage intitulé *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. Ces maladies s'inscrivent en effet dans les corps comme des empreintes de changements, révélateurs des crises vécues, des stratégies d'adaptation. Les changements, les crises qui ont marqué l'histoire des individus, l'histoire de leur groupe familial et social se sont « *incarnés* » ou « *incorporés* » et lorsque ces maladies se déclarent, c'est la trajectoire des individus, l'histoire de leur communauté, qui jaillit ou rejaillit et s'exprime. Quand on a la trypanosomiase, quand on a la tuberculose, sans parler du sida, c'est le corps qui réagit à l'histoire, l'histoire d'un individu, l'histoire d'une communauté, c'est le corps qui rappelle une trajectoire. L'idée d'un « *tombeau l'autre* », pour emprunter ses termes à Jean-Pierre Dozon (1991), m'a également semblé pertinente pour expliquer la situation sanitaire au Cameroun. La trypanosomiase est en effet apparue dans ce contexte de bouleversements importants entraînés par l'exploitation coloniale. Le déplacement des populations, les nouvelles conditions de vie, la faiblesse des organismes sujets aux nouvelles formes de stress et de travaux physiques, dans une situation d'incompréhension et de brutalité parfois excessive, ont favorisé sa dissémination et ses manifestations épidémiques. La tuberculose et le sida apparaissent dans un contexte de bouleversements politiques et surtout économiques. Ceci m'amène à dire : un nouveau cours de l'histoire, une maladie, et dans ce cas précis, d'un « *tombeau à un autre* ».

Ce texte esquisse une réflexion qui s'est poursuivie et qui se poursuit encore. Aujourd'hui, mon approche serait différente. Pour comprendre les systèmes de santé africains contemporains, j'adopterais une approche purement historique. J'essayerais de construire une histoire des systèmes de santé africains que j'articulerais à l'histoire de la santé publique en Europe et à l'histoire de la santé internationale. Cette histoire ne serait pas une histoire de la pensée médicale ou de l'expansion des sciences hors d'Occident, mais une histoire des institutions, éventuellement complétée par une histoire des professions médicales. Une pareille approche permettrait, il me semble, de mieux élaborer les réflexions relatives à l'« *externalisation* » de la santé publique et à l'éclatement du biopouvoir. Elle m'apporterait également des



éléments pour approfondir la réponse proposée à la question centrale de ce travail, réponse qui par ailleurs resterait insatisfaisante tant qu'un terrain anthropologique dans les institutions internationales et les organismes de coopération qui investissent dans la protection de la santé publique en Afrique n'aurait pas été menée.

J'ai attiré l'attention sur le fait qu'il ne fallait pas voir dans mon travail une façon de dire que l'époque coloniale était l'âge d'or des systèmes de santé en Afrique. Les exemples d'abus commis par les premiers infirmiers indigènes en sont un témoignage (Wang Sonné, 1983). Ils permettent d'affirmer que la « *médecine inhospitalière* » n'est pas une nouveauté au Cameroun. Cependant, il faut aussi creuser du côté du personnel européen. Pour finir, les objets de la santé sont mouvants et il y a certainement eu, depuis mon dernier terrain en 2005, des changements notables tant dans la prise en charge de la tuberculose que dans celle du sida et de la trypanosomiase humaine. Mais le problème du rapport des professionnels de santé aux normes et aux directives du ministère de la Santé, la question de la relation patients-personnels de santé et le problème de l'engagement, de la volonté des responsables d'Etat à s'investir réellement dans la protection de la santé publique se posent toujours et mériteraient d'être analysés. On pourrait alors s'intéresser aux conditions de travail des personnels de santé, aux éléments relatifs à leur statut, à la distance entre les idéaux et l'exercice de la profession et examiner la réalité de l'« *épuisement professionnel du soignant* » ou « *burnout* », en se demandant si ces dysfonctionnements ne relèvent pas en fin de compte d'un « *épuisement professionnel* » chronique.



# BIBLIOGRAPHIE

## 1- Documents d'archives

### 1-1 Archives Nationales de Yaoundé

Chêne, H., 1954, **Répertoire des textes applicables au Cameroun**, Jurisclasseur FOM.

**1 AA 1083**, Ahidjo (Ahmadou), Politique, 1970.

**VT 39/473**, Santé publique (Ministère de la), Arrêtés, 1959.

**VT 39/279**, Santé publique, Arrêtés, 1962.

**APA 10390/B**, Santé, Exercice de la médecine et de la pharmacie, Ouverture de dispensaires, 1938-1945.

**1AC 9063**, Service social, Organisation, 1950, Divers textes portant organisation du service social du Cameroun, 1948-1950.

**VT 16/9**, Régions santé, Inventaire du matériel sanitaire et expédition des médicaments dans les subdivisions, 1931.

**NF 119/8**, Santé Publique, Correspondance, 1937, Correspondance avec les régions, 1937.

**783**, Santé, Crédits 1932-1935, Crédits pour création d'hôpitaux, maternités, laboratoires, 1932-1935.

**VT 39/204**, Santé, Service social, 1955.

**APA 10836/0**, Rage et épidémies, 1948-1949.

**Santé, APA 10278/D**, Epidémies, Maladies signalées, 1937-1947.

**APA10279/F**, Instructions sur la maladie du sommeil, 1927-1942.

**3AC4655**, Tuberculose, Campagne nationale, 1951-1952.

**1AC2308**, Santé (service), Organisation, 1956.

**1AC2824**, Santé (service), Amélioration, 1938.

**3AC 1108**, Santé, Activités, 1947.

**1AC/7395**, Dispensaires, Construction, 1950.

**1AC/5848**, Maladie du sommeil, Prophylaxie, 1931, Arrêté du 19 juin 1931 portant organisation du service de prophylaxie de la maladie du sommeil au Cameroun.

**VT 4/106**, Santé (service social).

**VT 17/173 P. V.**, Décisions, Arrêtés, Plan assainissement, Ordres de missions, Circulaires, Rapports, Correspondances, 1930, 1935-1941.

**VT 38/32**, Correspondances.

**VT 39/231**, Santé, Arrêtés.

**NF 859/8**, Santé, Correspondances, 1937.

**NF 894/8**, Santé, Correspondance, 1938.

**VT 3/193**, Santé.

**VT 3/230**, Santé.

**VT 39/712**, Santé, Conseil.

**APA 10701**, Rapports annuels du service de santé, 1943.

**1AC 2691**, Situation sanitaire et judiciaire au Cameroun, 1930.

**1 AC 9027**, Santé publique, Organisation, 1949.

**1AC4989**, Santé publique, Protection, 1928.

**3AC 468**, Santé, Organisation, 1938.

**NF 872/10**, Santé, 1937.

**NF 176**, Santé, 1947.

**NF 277/11**, Santé, 1951.

**NF 870/11**, Santé, Correspondance, 1937.

**NF 861/9**, Santé, Correspondance, 1938.

**APA10046**, Rapport annuel de l'institut d'hygiène, 1943.

**1AC512**, Santé publique, 1951.

**1AC5544**, Tuberculose, Eradication, 1937.

**APA 10416/N**, Douala, Hygiène, 1939.

**APA 10278/A**, Textes de principe, Organisation des services, Nominations, Circulaires, 1929-1047.

**APA 11934/C**, Santé, Hygiène.

1AC765, Santé publique, 1951-1952.  
1AC6146, Hygiène publique, 1932.  
2AC1553, Santé publique, Organisation, 1956.  
3AC2461, Santé (service), Réorganisation, 1954.  
2AC3930, Centre de santé publique, 1949.  
1AC5625, Médecine, Contrôle, 1934.  
1AC/7402, Cartes, Plan de financement service de santé, Cameroun, 1951.  
1AC 5373, Santé, Evolution, 1936.  
APA10278/E, Santé, 1939-1943.  
APA 10278/J, Santé, 1930-1945.  
VT 17/172, Santé, 1923-1929.  
2AC3779, Santé, 1919-1920.  
APA 10908/A, Rapport annuel, 1949.  
APA10278/J, Santé, Divers.  
3AC1117, Cameroun, Santé, 1916-1950.  
APA 10658/A, Affaires diverses.

## 1-2 Archives de l'Institut Pasteur

### **Fonds Brumpt, E., BPT.B3**

C/ Correspondance

1- Correspondance française

a) France métropolitaine

### **Fonds Brumpt, E., BPT.B9**

C/ Correspondance

1- Correspondance française

D) Correspondants français Outre-mer, Afrique Equatoriale Française.

### **Fonds Brumpt. E., BPT.D14**

E/ Voyages et missions

« Voyage scientifique, comment le préparer ».

b) Documentation

**Fonds Brumpt, E., BPT.I**

J/ Institut de médecine coloniale

e) Comptes et financements

2- Subventions

**Fonds Brumpt, E., BPT.D5**

E/ Voyages et missions

1925-1930 Mission antipaludique en Corse

b) Correspondance

**Fonds Comandon, com.1**

A/ Correspondance

4- Correspondance générale

e) Années 1950-1959

**Fonds Documentation, Bio.IPOM1**

Instituts Pasteur d'Outre-mer

Dossier Institut Pasteur du Cameroun

**Fonds Documentation, Bio.IPOM2**

Instituts Pasteur Outre-mer

Dossier laboratoire du Cameroun

**Fonds Institut Pasteur, Direction (1940-1965), TRE.DS.42**

Dossiers scientifiques individuels

**Fonds Service du BCG, BCG.37**

M/ vaccination BCG dans les colonies

2- Correspondance avec les services de santé

b) Afrique Equatoriale Française

**Fonds Société de Pathologie Exotique, SPE/03**

C/ Correspondance avec des scientifiques et médecins français

**Fonds Société de Pathologie Exotique, SPE/04**

C/ Correspondance avec des scientifiques et médecins français

**Fonds Société de Pathologie Exotique, SPE/05**

C/ Correspondance avec des scientifiques et médecins français

## 1-3 Archives du Pharo

### Carton 73

Œuvre sanitaire de la France, cours de sciences sociales du médecin colonel Garcin : minutes manuscrites et article dactylographié (1952) ; statistique : extrait de rapport (s.d.) ; équipement : publicité (s.d.). École d'application du service de santé : bordereau d'envoi et article (1948). AOF, tâches et problèmes de la santé publique : observations au sujet d'un article, bordereau d'envoi, correspondance (1954). AEF, lutte contre la maladie du sommeil : notes manuscrites, correspondance (1954). Cameroun, lutte contre le paludisme, action anti-vénérienne, anti-tuberculose, anti-lépreuse : rapports, correspondance (s.d.). Comores : correspondance (1953). Côte française des Somalis : rapport, correspondance (1953). Indes françaises : bordereau d'envoi, correspondance (1954). Madagascar, prophylaxie et démographie : correspondance, article (1953) ; formation du personnel de l'assistance médicale : correspondance, article (1953) [A noter : carte]. Nouvelle Calédonie : correspondance, extrait de journal (1954). Océanie : correspondance (1953). Togo : carte, correspondance (1954). Saint-Pierre et Miquelon : correspondance (1954). Documentation : rapports et articles « Organisation et fonctionnement du service de santé », « Le service de santé aux Territoires d'Outre-mer depuis le début de la guerre », « Structure et personnel », « Approvisionnement sanitaire des territoires », « Perspectives d'avenir », Aide sanitaire de la France aux Pays d'Outre-mer. Rapport : « Les fléaux coloniaux ».

### Carton 101

Organisation : arrêtés, correspondance (1947). Monument Jamot, préparation et inauguration : correspondance (1959), numéro 33 du dimanche et lundi 9 février 1959 du *Bulletin quotidien d'information pour le Cameroun* (1959), compte rendu de film sur la mission Jamot au Cameroun. La mission Jamot au Cameroun (1926-1932) section sonorisée d'un film original et unique tourné au Cameroun par Chaumel-Gentil et Jehan Fouquet et projeté au Théâtre des Champs-Élysées à Paris, le 20 mai 1930. Organisation, réorganisation de la Prophylaxie de la trypanosomiase : arrêté (1932) ; organisation générale : note, correspondance (1952-1953) [A noter : document en anglais] ; relations avec service de santé : circulaire, correspondance (1947) ; situation des secteurs par territoire (s.d.) [A noter : carte] ; dénomination et création de secteurs spéciaux et d'équipes nomadisantes : arrêtés (1954, 1956). Brochure « Statistique générale » du *Bulletin d'informations économiques et sociales*, numéro 51 de septembre 1952, ouvrage « Bureau permanent interafricain de la tsé-tsé et de la

trypanosomiase » du *Bulletin bibliographique et analytique*, volume 3, Belgique, 1952.

### **Carton 113**

Forces armées de la zone de défense AEF-Cameroun. Service de santé, fonctionnement : rapport des années 1950-1951 (1951), rapport annuel et additifs de l'année 1952 (1953), rapport annuel de l'année 1953 (1954), extraits du rapport annuel des années 1955-1956 (1956), correspondance. Statistiques médicales des troupes coloniales : tableaux statistiques. Statistiques annuelles : rapport sur l'hygiène et l'état sanitaire. Cameroun, missions 1948-1949, 1950-1951, 1951-1952, 1953-1954 : rapports d'inspection, correspondance, réponses au questionnaire, notes (1949-1954). Togo, mission 1953-1954 : rapports d'inspection, correspondance, réponses au questionnaire, notes (1954).

### **Carton 115**

Organisation, création, textes de base et documentation : recueil de textes et correspondance [1944], décret (1944), extraits de l'exécution des recommandations de la conférence de Brazzaville (1944), correspondance (1948), circulaire au sujet de la politique médico-sociale à développer dans la fédération extrait du *Journal Officiel de l'AEF* (1956). Projet de fusion du bureau administratif du SGHMP et de la Direction générale de la santé publique : note manuscrite, notes dactylographiées

### **Carton 442**

Eugène Jamot, documentation : correspondance, articles de presse, allocutions, plaquettes d'expositions, chronologies, actes de mariage, correspondance, bande dessinée, notes, photographies (1918-s.d.), manuscrits de Richet (s.d.), thèse de Jamot *Contribution à l'étude de la méthode de Bier* (1908), rapport *La maladie du sommeil en Afrique équatoriale française de 1908 à 1924* (s.d.), conférence *Influence de l'œuvre du médecin colonel Jamot sur la médecine sociale en Afrique noire*, discours prononcés à l'occasion de l'inauguration du monument Jamot (1959), revue *Tropicque* (1960), conférence *La lutte contre les grandes endémies africaines, de Jamot à l'OCCGE* (1963), exposition *La vie et l'œuvre du vainqueur de la maladie du sommeil* (1978), conférence *Eugène Jamot, un fils du Limousin qui réveilla l'Afrique noire* (1988).



### Carton 443

Eugène Jamot, documentation : articles de presse (1918-1998), thèse *La maladie du sommeil et le docteur Eugène Jamot (1879-1937)*, exposition Jamot (1991), annexes d'un compte rendu de mission de participation à la commémoration du souvenir du médecin colonel (1995), ouvrage mission Jamot (s.d.), brochure *La lutte contre les maladies tropicales : la maladie du sommeil* (1994), rapport *Analyse : mémoire du médecin Colonel Jamot et activité du comité Eugène Jamot* (1997).

### Carton 444

Eugène Jamot, documentation : correspondance (1918-1959), articles de presse (1931-1972), nominations (1911-1932), bibliographies, chronologies, extraits d'ouvrages, notes (1908-s.d), fascicules *La mission Jamot au Cameroun, L'itinéraire d'un héritier du docteur Eugène Jamot* : Marcel Bebey-Eyidi 1914-1966 (s.d.) ; affaires diverses : rapport au sujet d'une proposition pour la croix de chevalier de la légion d'honneur (s.d.), procès-verbal de la conférence sanitaire (1934).

Muraz G., 1945 *Satyres illustrées de l'Afrique noire*, Paris, Edition du comité de documentation et de propagande de l'Afrique noire française.

## 2- Documents relatifs à la maladie du sommeil

Ahidjo, A., 1959, Discours, *Bulletin quotidien d'information pour le Cameroun*, N°33, P. XII-XIII.

Aubert, P., 1911, « Un village d'isolement de Brazzaville pour les indigènes trypanosomés », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 4, P. 699-710.

Bado, JP., 1991, *Politiques Sanitaires et Grandes Endémies. Lèpre, Trypanosomiase Humaine Africaine et Onchocercose dans les pays voltaïques*, Thèse de Doctorat Nouveau Régime, Aix-Marseille I, Tome 1, 351P.

Bebey-Eyidi, M., 1950, *Le vainqueur de la maladie du sommeil. Eugène Jamot (1879-1937)*, Thèse de doctorat en médecine, Paris, Bebey-Eyidi, 124P, (version sur : <http://perso.wanadoo.fr/jdtr/>).

Blanchard, M. & L. Laigret, 1924, « Sur la prophylaxie de la maladie du sommeil : à propos de la mission Schweitz au Congo Belge », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 17, P. 485-501.

- Blanchard, M. & L. Laigret, 1926, « Modifications survenues depuis 1908 dans la distribution de la maladie du sommeil en Afrique Equatoriale Française et situation actuelle », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Vol. 24, P. 318-349.
- Bouffard, 1908, « La maladie du sommeil et sa prophylaxie dans la boucle du Niger », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 1, P. 273.
- Brochard, V., 1909, « Un cas de diagnostic rétrospectif de la maladie du sommeil », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 2, P. 40-43.
- Broden & Rodhain, 1908, « Le traitement de la trypanosomiase humaine par l'atoxyl et l'orpiment », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 1, P. 496.
- Brumpt, E., 1905, « Maladie du sommeil. Distribution géographique, étiologie et prophylaxie », *Archives de parasitologie*, Vol. 9, P. 205-224.
- Brumpt, E., 1906, « La vérité sur cette étrange maladie », *Le Globe Trotter*, 1906, N°208, 25 janvier, P. 475-476.
- Buguet, A. & al., 2003, « La maladie du sommeil : la recherche oubliée », *Médecine tropicale*, Vol.63, P. 223-227.
- Cattand, P., 2001, « L'épidémiologie de la trypanosomiase humaine africaine : une histoire multifactorielle complexe », *Médecine tropicale*, Vol. 61, P. 313-322.
- Cattand, P., 2003, « La maladie du sommeil : maladie oubliée, maladie prioritaire », *Médecine tropicale*, Vol. 63, P. 217-218.
- Chabeuf, M. & J. Mbatpe, 1945, « Les "grands suspects" de trypanosomiase dans les environs d'Ebolowa (Cameroun) », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 39, P. 188-193.
- Chambon, M., 1979, « Souvenirs de la mission Jamot », *Bulletin de l'ASMTDM*, décembre 1979, Vol.59, N° 54, P. 19-23.
- Clapier, 1920, « Enquête démographique et état actuel de la trypanosomiase en pays Bangala », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol.13, P. 830-841.
- Clapier, 1921, « L'endémie pianique sur le Bas-Oubangui. Essai de lutte antipianique », 1920, *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Vol. 19, P. 319-334.
- Clapier-Vallandon, S., 1982, *Les médecins français Outre-mer*, Paris, Anthropos, 280P.
- Darré, L.M., 1908, La trypanosomiase chez les Blancs. Traitement par l'atoxyl, *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 1, P. 569.

Dauzat, A., 1904, « La maladie du sommeil », *Le magasin pittoresque*, 1<sup>er</sup> mars, P. 111-114.

Dedet, J.P., 2000, *Les Instituts Pasteur d'Outre-mer. Cent vingt ans de microbiologie française dans le monde*, Paris, l'Harmattan, 235P.

Domergue-Cloarec, D., 1986, *La santé en Côte d'Ivoire (1905-1958)*, Association des publications de l'Université de Toulouse-Le-Mirail, Académie des Sciences d'Outre-mer, Volumes 1 & 2, 1313P.

Dawson, M.H., « The social history of Africa in the future: medical-related issues », *African studies review*, Vol. 30, N° 32.

Dozon, J.P., 1985, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*, Vol. 3, N°3-4, P. 27-56.

Dozon, J.P., 1991, « D'un tombeau à l'autre », *Cahiers d'Etudes Africaines*, XXXI (1-2), 121-122, P. 136-157.

Dozon, J.P., 1991, « Pasteurisme, médecine militaire et colonisation en Afrique noire. La lutte contre la maladie du sommeil », In Morange, M., (Sous la Direction de), 1991, *L'Institut Pasteur. Contribution à son histoire*, Paris, La Découverte, P. 269-277.

Duggan, A.J., 1980, « Sleeping sickness epidemics », In Sabben-Clare & al. (eds.), 1980, *Health in tropical Africa during the colonial period*, London, Clarendon Press, P. 19-29.

Dutertre, J., 1965, *La trypanosomiase*, 1ère Conférence Technique de l'OCEAC, Yaoundé, 1965.

Dutour, J., 1995, « A propos de quelques images de la médecine coloniale en Afrique Noire (AOF et AEF, 1895-1935) », In Blanchard & al., (Eds) 1995, *L'autre et nous « scènes et types »*, Paris, Achac, Syros, P. 85-88.

Félix, J., 1908, « Pour combattre et détruire la maladie du sommeil en Afrique », *Gazette Médicale de Paris*, 15 novembre.

Gandji, J.A., 1988, *Un fils du Limousin et du Cameroun. Eugène Jamot, sa vie, son œuvre, son héritage*, Thèse pour le Diplôme d'Etat de docteur en médecine, Limoges, 203P.

Gomart-Jacquet, B., 1995, *Le docteur Jamot et la maladie du sommeil : 1910-1937*, Thèse de doctorat en Histoire, Aix-Marseille 1.

Horn, A., 1933, « The control of disease in tropical Africa », *Journal of the royal african society*, Vol. 22, N°128, P. 252-260.

Huot, 1923, « La prophylaxie de la maladie du sommeil dans la région de Doumé (Territoires du Cameroun), octobre 1920-juin 1922 », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Vol. 21, P. 5-42.

- Jamot, E., 1920, « Etat sanitaire et dépopulation au Congo », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 13, P. 127-138.
- Jamot, E., 1920, « Essai de prophylaxie médicale de la Maladie du Sommeil dans l'Oubangui-Chari », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol.13, P. 343-376.
- Jamot, E., 1921, « De l'utilisation des naturels de l'Afrique Equatoriale pour la lutte contre la maladie du sommeil », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Vol. 19, P. 85-92.
- Jamot, E., *La maladie du sommeil au Cameroun*, Conférence prononcée à la Société de Pathologie Exotique à Paris le 25 octobre 1925.
- Jamot, E., 1925, « La maladie du sommeil au Cameroun », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 18, P. 762-769.
- Jamot, E., 1926, « La maladie du sommeil dans le nord Cameroun », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Vol. 24, P. 318-49.
- Jamot, E., 1926, « Conférence à la Faculté de Médecine de Paris le 30 juin 1926 », *Actes et compte-rendus de l'Association Colonies-Sciences*, N° 15, P. 93-107.
- Jamot, E., 1929, « La maladie du sommeil au Cameroun en janvier 1929 », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 22, P. 473-496.
- Jannin, J. & P. Cattand, 2000, « La lutte contre la maladie du sommeil : grandeurs et servitudes », *Afrique contemporaine*, Numéro spécial, 3<sup>e</sup> trimestre, P. 46-42.
- Janssens & al., 1992, *Médecine et Hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, Fondation du Roi Baudouin, Volumes 1 & 2, 1633P.
- Jojot, C., 1916, « Aperçu médical sur la campagne du Cameroun de 1914-1916 », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 9, P. 303-305.
- Jojot, C., 1921, « Le secteur de prophylaxie de la maladie du sommeil du Haut-Nyong (Cameroun) », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Vol. 19, P. 423-42.
- Jojot, C., 1922, « La prophylaxie de la maladie du sommeil au Cameroun en 1920 et 1921 », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 15, P. 830-833.
- Keay, R., 1976, « Scientific Cooperation in Africa », *African affairs*, Vol. 75, N° 298, P. 86-97.
- Kermogant, 1906, « La maladie du sommeil au Congo », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, Janvier-février-mars, P. 370.

- Kérandel, 1908, « Notes sur la prophylaxie de la maladie du sommeil au Congo (Haute-Sangha et Logone) », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 1, P. 261-268.
- Knight, G., 1971, « The ecology of African sleeping sickness », *Annals of the association of american geographers*, Vol. 61, N°1, P. 23-44.
- Lachenal, G., 2002, *Le Centre Pasteur du Cameroun. Trajectoire historique, stratégies et pratiques de la science biomédicale post-coloniale (1959-2002)*, Mémoire de DEA, Université de Paris VII.
- Lapeyssonnie, L., 1963, « Jamot parmi nous », *Médecine tropicale*, Vol. 23, N°4, P. 461-469.
- Lapeyssonnie, L., 1982, *Toubib des tropiques*, Paris, Robert Laffont, 297P.
- Lapeyssonnie, L., 1987, *Moi Jamot. Le vainqueur de la maladie du sommeil*, Bruxelles, Editions Louis Musin, 198P.
- Lapeyssonnie, L., 1987, « Eugène Jamot le vainqueur de la maladie du sommeil », *Historia*, Juin, P. 73-78.
- Lapeyssonnie, L., 1987, *Jamot parmi nous*, Conférence de clôture à l'occasion de la sortie de la 49<sup>e</sup> promotion de l'Ecole d'Application du Service de Santé des TDM.
- Lapeyssonnie, L., 1988, *La médecine coloniale. Mythes et réalités*, Paris, Editions Seghers, Coll. Médecine et Histoire, 310P.
- Laveran, A., 1908, « Allocution », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol.1, P. 1-8.
- Laveran, A. & Kermogant, 1908, « La prophylaxie de la maladie du sommeil », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 1, P. 319-329.
- Laveran, A. & Mesnil, F., 1912, *Trypanosomes et trypanosomiasés*, Paris, Masson, nouvelle édition entièrement refondue, 999P.
- Leak, S., 1999, *Tsétsé biology and ecology, their role in the epidemiology and control of trypanosomiasis*, Oxford, CABI publishing, in association with International Livestock Research Institute, 568P.
- Ledentu, G., 1933, « La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun », *Annales de l'Institut Pasteur*, Vol. 53, P. 174-220.
- Ledentu, G., 1931, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Vol. 28, P. 730-746.

Ledentu, G., 1935, « Rapport sur le fonctionnement du Centre d'Instruction Médicale d'Ayos (Cameroun) », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Vol. 33, P. 121-125.

Lépine, 1921, « La prophylaxie de la maladie du sommeil au Cameroun », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Vol. 19, P. 172-178.

Letonturier & al., 1924, « La prophylaxie de la Maladie du Sommeil au Cameroun dans les secteurs du Haut-Nyong et de Doumé », *Annales de l'Institut Pasteur*, Vol. 38, P. 1054-1100.

Letonturier, 1924, « Rapport sur le fonctionnement du service de santé au Cameroun pendant l'année 1923 », *Annales de médecine et pharmacie coloniales*, Vol. 22, P. 396-408.

Louis, F.J. & al., 2002, « Maladie du sommeil : cent ans d'évolution des stratégies de lutte », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 95, P. 331-336.

Louis, F.J. & al., 2003, « Situation de la maladie du sommeil en 2003 », *Médecine Tropicale*, Vol. 63, P. 228-230.

Louis, F.J. & P.P. Simarro, 2005, « Les difficiles débuts de la lutte contre la maladie du sommeil en Afrique Equatoriale Française », *Médecine Tropicale*, Vol. 65, P. 251-257.

Lyons, M., 1985, « From death camps to "cordon sanitaire": the development of sleeping sickness policy in the Uele district of the Belgian Congo, 1903-1914 », *Journal of african history*, Vol. 26, P. 69-91.

Lyons, M., 1985, « Sleeping sickness in the history of Northeast Congo (Zaire) », *Canadian Journal of African studies*, Vol. 19, P. 627-633.

Lyons, M., 1992, *The Colonial Disease. A social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940*, Cambridge, Cambridge University Press, 335P.

Mabaya, 1959, « Allocution », *Bulletin quotidien d'information pour le Cameroun*, N°33, PX-XI.

MacNeill, W., 1976, *Plague and people*, New-York, Anchor Press-Doubleday, 340P.

Martin, G., 1908, « La prophylaxie de la maladie du sommeil au Congo français », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 1, P. 258-260.

Martin, G. & al., 1908, « Epidémies de maladie du sommeil au Congo français. La contagion par famille et par race », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 1, P. 144-146.

Martin, G. & al., 1909, *Rapport de la mission d'études de la maladie du sommeil au Congo Français, 1906-1908*, Paris, Masson Compagnie, 721P.

- Martin, G., 1910, « Le mouvement des malades trypanosomés à Brazzaville », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 3, P. 604-609.
- Martin & Ringenbach, 1910, « Prophylaxie de la maladie du sommeil au Congo Français pendant l'année 1909 », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 3, P. 561-577.
- Martin, G., 1920, « Prophylaxie de la maladie du sommeil », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 13, 1920, P.477
- Martin, G., 1921, *L'existence au Cameroun. Etudes sociales, études médicales, études d'hygiène et de prophylaxie*, Paris, Emile Larose, 527P.
- Mfonfu, D., 1989, « La trypanosomiase humaine africaine au Cameroun (octobre 1988) », *Bulletin de liaison et de documentation de l'OCEAC*, N°87, P. 21-24.
- Milleliri, JM., 2004, « Jamot cet inconnu », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 97, P. 213-222.
- Montestruc, E., 1955, Le Docteur Eugène Jamot. Vainqueur de la trypanosomiase humaine, *Arch. I.P. de la Martinique*, Vol. 8, N°1-2, P. 50-63.
- Montestruc, E., 1970, « Le Docteur Eugène Jamot, vainqueur de la trypanosomiase humaine », *Bulletin de l'Association Française pour les Recherches et Etudes Camerounaises*, année 1970-71.
- Morriss, KRS., 1963, « The movement of sleeping sickness across Central Africa », *Journal of tropical medicine and hygiene*, Vol. 66, P. 159-66.
- Nattan-Larrier, 1908, « Sur les résultats du traitement de la trypanosomiase chez le Blanc », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 1, P. 620-624.
- Njoya, A., 1959, « Allocution », *Bulletin quotidien d'information pour le Cameroun*, N°33, P. VII-X.
- Ouzilleau, 1920, « Enquête sur la trypanosomiase au Moyen-Oubangui (Ibenga-Motaba), en 1914 », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol.13, P. 790.
- Penchenier, L. & al., 1996, « Historique et évolution de la maladie du sommeil dans les pays de l'OCEAC », *Bulletin de liaison et de documentation de l'OCEAC*, Vol. 29, P. 11-22.
- Penchenier, L., 1996, « Historique et évolution de la maladie du sommeil au Cameroun », *Bulletin de liaison et de documentation de l'OCEAC*, Vol. 29, P. 23-36.

- Penchenier, L. & al., 1999, « Le foyer de trypanosomiase humaine de Campo (Cameroun). Historique et situation de l'endémie en 1998 », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 92, P. 185-190.
- Penchenier, L., Laveissière, C., 2000, *Manuel de lutte contre la Maladie du Sommeil en Afrique centrale et occidentale Généralités*, Volume 1, Yaoundé, OCEAC, IRD, 450P.
- Piot, A., 1920, « Sur le fonctionnement d'un secteur de prophylaxie contre la trypanosomiase au Congo français (1919) », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 13, P. 376-384.
- PNLTHA, 2005, *Bref aperçu sur le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine du Cameroun*, 5P.
- PNLTHA, 2005, *Carte épidémiologique de la trypanosomiase humaine africaine au Cameroun en 2005*, 1P.
- Pringent, Y., 1986, *Docteur Eugène Jamot et la mise en place des services de médecine préventive*, Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Rennes, UER Médicales et Pharmaceutique, 74P.
- Pyenson, L., 1993, *Civilizing mission: exacts sciences and french overseas expansion 1830-1940*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 377P.
- Régnier, C., 1997, « Jamot, la maladie du sommeil et l'administration coloniale », *La revue du praticien*, Vol. 47, P. 1523-1526.
- Richet, P., 1979, « Eugène Jamot : son œuvre », *Médecine tropicale*, Vol. 39, N°5, P. 487-493.
- Sabben-Clare, EE. & al. (Eds), 1980, *Health in tropical Africa during the colonial period*, based on the proceedings of a symposium held at New College Oxford. 21-23 mars 1977, Oxford, Clarendon Press, 276P.
- Sanner, L., 1979, « Eugène Jamot : l'homme (1879-1937) », *Médecine tropicale*, Vol. 39, N°5, P. 479-484.
- Sarabga, 1994, « La Trypanosomiase humaine en Oubangui-Chari. Son extension pendant la période coloniale », *Ultramarines*, N° 9.
- Schweitz, J., 1919, « A propos du diagnostic le plus expéditif de la maladie du sommeil dans la pratique ambulatoire de brousse », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 12, P. 798-799.
- Schweitz, J., 1919, « La maladie du sommeil dans le Moyen-Kwilu (District du Kwango, Congo Belge) en 1918 », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 12, P. 798-812.



Schweitz, J., 1924, « La lutte contre la maladie du sommeil dans les districts du Kwango et du Kasai (Congo Belge), en 1920-1923 », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 17, P. 76-86.

Sicé, A., 1937, *Trypanosomiase humaine en Afrique intertropicale*, Paris, Vigot Frères.

Simarro, P.P., & al., 2003, « Maladie du sommeil, maladie oubliée : quelle conséquence sur le terrain », *Médecine tropicale*, Vol. 63, P. 231-235

Tanon, L. & E. Jamot, 1924, « La maladie du sommeil au Cameroun », *La presse médicale*, N°68, 23 août, P.1428-1431.

Thiroux, A., 1910, « L'éducation des colons et des indigènes et la prophylaxie individuelle dans la maladie du sommeil », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 3, P. 586-597.

Ing-Britt, T. & J. Ovesen, 2004, « French colonial medicine in Cambodia : reflections of governmentality », *Anthropology and Medicine*, Vol. 11, N° 1, P. 91-105.

Vassal, J., 1924, « La maladie du sommeil en Afrique Equatoriale Française. Résultats des tournées dans les colonies du Moyen-Congo, de l'Oubangui-Chari, du Tchad et du Gabon », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 17, P. 727-754.

Vincent, 1921, « Le fonctionnement du service chirurgical à l'hôpital de Douala (Cameroun) », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Vol. 19, P. 192-200.

Wang, S., 1994, « Eugène Jamot : son œuvre lui a survécu. Il n'appartient plus qu'à « l'Histoire, à la Science et à l'Humanité », *Médecine tropicale*, Vol.54, N°1, P. 13-14.

Wang, S., 1999, « Approche historique des quinze premières années de lutte contre la maladie du sommeil dans le Mbam, 1921-1925 », *Bulletin de liaison et de documentation de l'OCEAC*, Vol. 32, P. 20-28.

Wang, S., 2000, « Historique de l'installation et de la propagation de la maladie du sommeil à Bipindi (Sud-Cameroun), de 1896 à nos jours », *Bulletin de liaison et de documentation de l'OCEAC*, Vol. 33, N°4, P. 31-38.

Wheeler, R., 1929, « The battle against sleeping sickness in french Cameroons », *International review of missions*, Vol.18, N°69, P. 121-130.

White, L., 1995, « Tsetse visions: narratives of blood and bugs in colonial Northern Rhodesia 1931-1939 », *The journal of african history*, Vol. 36, N°2, P. 219-245.

### **3- Dossier « situation politique et sanitaire du tiers monde » de La Documentation Française (Sur microfiches)**

*Actuel Développement*, 1982, N°48, mai-juin.

*Afrique contemporaine*, 1980, nov.-déc.

*Agecop Liaison*, 1985, N°85, mai-juin.

*Assistance-informations*, 1978, 15 septembre-15 novembre.

Bannerman, H., 1978, « Afrique et Amérique Centrale : le diabète dépisté par les fourmis et soignés par les plantes », *Nations solidaires*, janvier.

Berthet, E., 1977, « La politique sanitaire internationale dans les pays du Tiers-Monde ». Extrait du rapport présenté à l'Assemblée générale de l'union internationale d'éducation pour la santé, Ottawa, 1<sup>er</sup> septembre 1976, *Medicus mundi*, juin.

Berton, G. & al., 1991, « Santé : aux grand maux, quels grands remèdes ? » *Croissance*, N°339, juin.

Brisset, C., 1977, « Santé : les difficultés de l'action en Afrique », *Le Monde diplomatique*, septembre.

Brisset, C., 1978, « Le désert médical du Tiers-Monde. II- Un modèle chinois en Colombie », *Le Monde*, 7 septembre.

Brisset, C., 1978, « L'échec de la médecine occidentale dans le tiers-monde », *Le Monde*, 8 juin.

Brisset, C., 1978, « Des médecins aux pieds nus pour tout le tiers-monde », *Le Monde*, 21 juin.

Brisset, C., 1978, « Le désert médical du Tiers-Monde. I- Au Mali, espérance de vie, trente-sept ans... », *Le Monde*, 6 septembre.

Brisset, C., 1978, « Le désert médical du Tiers-Monde. IV- La léthargie de l'Occident », *Le Monde*, 9 septembre.

Brisset, C., 1978, « Les quatre "mandarins de Kati" », *Le Monde*, 6 septembre.

Brisset, C., 1981, « L'hécatombe du tiers monde », *Le Monde de l'Education*, février.

Brisset, C., 1981, « Le développement sanitaire de l'Afrique Noire est confié aux Etats-Unis », *Le Monde*, 3 mars.

*CERES*, 1979, N°5, septembre-octobre.

*Chronique OMS*, 1978, 32(11), 439-462.

*Chronique OMS*, 1979, 33(5), 182-185.

- Chronique OMS*, 1979, 33(7-8), 286-294.
- Chronique OMS*, 1979, 33(9), 343-346.
- Chronique OMS*, 1979, 33(11), 435-443.
- Chronique OMS*, 1980, 34(7-8), 322-324.
- De Bernis, G., 1977, « Pour une politique de santé en pays « sous-développé », *Medicus Mundi*, juin.
- De Montvalon, R., 1985, « Et si on interrogeait les expatriés », *Sadec Lettre*, numéro double, 9-10, juillet-octobre.
- Dorsinville, F., 1981, « Le tiers monde malade », *Africa*, janvier.
- Far Eastern Economic Review*, 1977, 25 novembre.
- Gentilini, M., 1978, « Un volet sanitaire au dialogue Nord-Sud », *Le monde*, 6 septembre.
- Gandhi, I., 1981, « Need for health revolution in developing countries », *Yojana*, 16-30 juin.
- Ginesy-Galaud, M., 1982, « La santé dans le tiers monde : bilan et perspective », *Problèmes économiques*, 19 mai.
- Golladay, F., 1980, Soins médicaux et communautés de base dans les pays en développement, *Finances et Développement*, septembre, P. 35-39.
- Golladay, F. & B. Liese, 1981, « Une vie plus longue et meilleure. La nouvelle stratégie de santé », *Nouvelles et opinions sur le développement*, Avril.
- Griffin, C., 1991, « Soins de santé : les PVD doivent changer leurs priorités », *Finances et Développement*, mars.
- Guétny, J.P., 1980, « Quand l'Afrique est malade », *Jeune Afrique*, N°1013, 4 juin, P. 68-69.
- Hours, B., 1988, « Comment renverser la pyramide ? » *Croissance des jeunes nations*, janvier.
- Hovey, G., 1980, « World Bank financing set for 3d world health care », *International Herald Tribune*, 24 mars.
- Hubscher F., 1977, « Les médecins migrants », *Jeune Afrique*, N° 837, 21 juillet, P. 86-87.
- Journiac, H., 1981, « Non, le développement sanitaire de l'Afrique Noire n'est pas confié aux Etats-Unis », *Actuel Développement*, mars-avril.
- Kabell, D., 1990, « Le point sur les soins de santé primaires », *Observateur de l'O.C.D.E.*, déc.89-janv.90.

*La Croix*, 1978, 17 septembre.

*La voie de la santé*, 1999, N°407, jeudi 16 septembre.

*Le Figaro*, 1998, 25 novembre.

*Le Monde*, 1980, 6 octobre.

*Le Monde*, 1981, 7 avril.

*Le Monde*, 1982, 18 mars.

*Le Monde*, 1982, 19 mars.

*Le Monde diplomatique*, 1980, octobre.

Levi, G., 1989, « Dix ans après Alma-Ata », *Forum du Développement*, Janvier-février.

Mahler, H., 1978, *Un plaidoyer pour la nouvelle stratégie*, Discours à la XXXI<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé, 9 mai 1978, Genève, OMS.

Measham, A., 1986, « Santé et développement : l'expérience de la Banque », *Finances et Développement*, décembre.

*Nations solidaires*, 1978, septembre-octobre.

*Nouvelles de l'écodéveloppement*, 1979, N°8, mars.

OMS, 1978, *Cinquième rapport sur la situation sanitaire dans le monde (1969-1972)*, Genève, OMS.

OMS, 1980, *Sixième rapport sur la situation sanitaire dans le monde 1973-1977*, Genève, OMS.

OMS, UNICEF, 1978, *Les soins de santé primaires*, Rapport conjoint du Directeur général de l'OMS et du Directeur exécutif de l'UNICEF, Genève-New York, OMS-UNICEF.

OMS, UNICEF, 1978, *Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Genève-New York, OMS-UNICEF.

*Problèmes politiques et sociaux*, 1980, N°395, 15 août.

Quenum, A., 1981, « Concept de besoins essentiels et soins de santé primaires », *Travail et société*, Vol. 6, N°3, juillet-septembre, P. 297.

Richet, P., 1980, « La lutte contre les grandes endémies tropicales en Afrique noire francophone », *Afrique Contemporaine*, Nov-déc.

Sigal, S., 1978, « Eléments pour une nouvelle stratégie de santé au Tiers-Monde », *Cahiers de l'écodéveloppement*, Paris, CIRED, N°10.

Smith, R., 1982, « Les soins de santé primaires. Des théories ou des faits ? » *Forum mondial de la santé*, Vol. 3, N°1, P. 34-42.

Tardy, R. & R. de Montvalon, 1981, « Santé et développement. Où allons-nous ? » *Faim et développement*, dossiers 81-10, octobre.

*Technologie appropriée*, 1978, 6-12 septembre.

Thebaud-Mony, A. & M. Turshen, 1981, « Les limites de l'action sanitaire internationale. Vers la médicalisation du sous-développement ? » *Le Monde Diplomatique*, avril.

Thebaud-Mony, A., 1980, *Besoins de santé et politique de santé. Analyse des travaux de l'OMS (1975-1978)*, Doctorat d'Etat, UER de sciences sociales, Paris, Université René Descartes.

Venediktov, 1981, « Soins de santé primaires. Les enseignements d'Alma-Ata », *Forum mondial de la santé*, Vol. 12, N°3, P. 393-402.

Voulgaropoulos, E., 1975, « Foreign aid. Asset or liability ? » *Far Eastern economic review*, 25 novembre.

Watts, G., & M. Muller, 1978, « The global health care challenge. Where modern medicine fails most of the world », *Atlas World Press Review*, octobre.

*Yojana*, 1992, January 26.

#### **4- Documents relatifs à la tuberculose**

Aït-Khaled, N., Enarson, D., 1999, *Tuberculose. Manuel pour les étudiants en médecine*, OMS, UICMR, 149P.

Atangana, I. & al., 2004, *Plan d'action de l'Unité Provinciale de lutte contre la tuberculose du Centre pour l'année 2005*, Yaoundé, Délégation Provinciale de la Santé Publique du Centre, 6P.

Audibert, M. & al., 2004, « Financement de la santé dans les pays à faibles revenus : questions récurrentes, nouveaux défis », *Médecine tropicale*, N° 64, P. 552-560.

Ansari, A. & al. 2002, « Pathology and causes of death in a group of 128 predominantly HIV-positive patients in Botswana, 1997-1998 », *The International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°1, P. 55-63.

Banque Mondiale, 1993, *Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé. Indicateurs du développement dans le monde*, Washington, Banque Mondiale.

Balfour & al., 1925, *Rapport provisoire sur la tuberculose et la maladie du sommeil en AEF*, Rapport présenté au Comité d'Hygiène, de la Société des Nations le 26 mai 1923, Genève, Société des Nations, 125P.

- Balfour & al., 1925, *Rapport complémentaire sur la tuberculose et la maladie du sommeil en AEF*, Rapport présenté au Comité d'hygiène de la Société des Nations en avril 1925, Genève, Société des Nations, 94P.
- Barnhoorn, F. & H. Adriaanse, 1992, « In search of factors responsible for noncompliance among tuberculosis patients in Wardha district, India », *Social science and Medicine*, Vol. 34, No 3, P. 291-306.
- Bardet, J.P. & al., (Sous la direction de), 1988, *Peurs et terreurs face à la contagion : choléra, tuberculose, syphilis, XIX<sup>e</sup>- XX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Fayard, 442P.
- Barker, D. & al., 2002, « Is the distance a patient lives from the hospital a risk factor for death from tuberculosis in rural South Africa », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°2, P. 98-103.
- Bercion, R. & al., 2000, « Anti-tuberculosis drug resistance in the West Province of Cameroon », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 4, N°4, P. 356-60.
- Bercion, R. & C. Kuaban, 1998, « Resistance of mycobacterial tuberculosis complex to main antibacillary agent in Yaounde, Cameroon », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 91, P. 199-202.
- Bercion, R. & C. Kuaban, 1997, « Initial resistance to antituberculosis drugs in Yaounde Cameroon in 1995 », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 2, N°1, P. 110-114.
- Brown, P., 1993, « Une maladie bien vivante », *Santé du monde*, N°4 juillet-août, P. 4-5.
- Calmette, A., 1912, « Enquête sur l'épidémiologie de la tuberculose dans les colonies françaises », *Annales de l'Institut Pasteur*, Vol. 26, P. 497.
- Cambells, O., 1998, « La tuberculose », *Santé horizon*, N°001, Octobre.
- Chan-Yeung, M. & al., 2002, « Sex differences in tuberculosis in Hong-kong », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°1, P. 11-18.
- Chaulet, P., 1987, « Compliance with antituberculosis chemotherapy in developing countries », *Tubercle*, 68 (Suppl.), P. 19-24.
- Chaulet, P., 1996, « Les nouveaux tuberculeux », *Le journal de la tuberculose et du Sida*, Vol. 6, N°4, P. 6-8.
- Coury, 2002, « La tuberculose », *Encyclopédie Universalis*, P. 5-10.
- Crofton, J. & al., 1999, *Tuberculose clinique*, UICTMR, TALC, Fondation DAMIEN, 249P.

- Chrétien, J. & C. Voisin, 1995, *La Tuberculose : parcours imagé*, Tome I, « Propos », Auchel, Hauts-de-France, 159P.
- Chrétien, J. & C. Voisin, 1995, *La Tuberculose : parcours imagé*, Tome 2, « Regards : images de la tuberculose en France de 1900 à nos jours », Auchel, Hauts-de-France, 170P.
- Davidhizar & Dowd, 2003, « The doctor-nurse relationship, *Journal of practical nursing* », Vol. 4, N°53, P. 9-12.
- Davidson & al., 2000, « The effect of increasing incentives on adherence to tuberculosis directly therapy », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol.4, N°9, P. 860-865.
- Davies, P. D. O., 1994, *Clinical tuberculosis*, London, Chapman & Hall Medical, 426P.
- Delhome, H. & al., 1983, « Résultats d'une enquête rétrospective par sondage du fichier des tuberculeux pulmonaires du service de pneumo-phtisiologie (Hôpital Jamot) à Yaoundé (Cameroun) », *Bulletin de liaison et de documentation de l'OCEAC*, N° 57, P. 62-69.
- Dessertine, D. & O. Faure, 1988, *Combattre la tuberculose : 1900-1940*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 244P.
- Dixneuf, M. & JL. Rey, 2004, « La santé : une place croissante dans les politiques internationales », *Médecine tropicale*, N°64, P. 561-566.
- Diwan, V. & al., 1998, *Gender and tuberculosis*, An international research workshop, Report from the workshop at the Nordic School of Public Health Goteborg, May 24-26 1998, Goteborg, Nordic School of Public Health.
- Dumas, A., 1981, *La dame aux camélias*, Paris, Flammarion, 540P.
- Enarson, D., 2002, « Conquering tuberculosis: dream or reality », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N° 5, P. 369-370.
- Evans, C.C., « Historical Background », In *Davies, P.D.O., 1994, Clinical Tuberculosis*, London, Chapman & Hall Medical, P. 2-17.
- Eyob, G. & al., 2002, « Increase in tuberculosis incidence among the staff working at the tuberculosis demonstration and training centre in Addis Ababa, Ethiopia : a retrospective cohort study (1989-1998) », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°1, P. 85-88.
- Farmer, P. & P. Robin, 1991, « Tuberculosis, poverty and compliance: lessons from rural Haïti », *Seminars in Respiratory Infections*, Vol.6, No 4, P. 254-260.

- Fodor, T., 1999, « How drug resistance emerges as a result of poor compliance », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 2, N°3, P. 174.
- Floury, B., 2004, « Constat général, l'impasse et l'avenir », *Médecine tropicale*, Vol. 64, P. 525-526.
- Fox & al., 1999, « Studies on the treatment of tuberculosis undertaken by the British Medical Research Council Tuberculosis Units, 1946-1986, with relevant subsequent publication », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, N° 3, S. 231-S279.
- Frieden, T. & J. Sbarbaro, 2002, « The slippery slope to sloppy DOTS », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N° 5, P. 371-372.
- Gleissberg, V., 1999, « The threat of multidrug resistance: is tuberculosis ever untreatable or uncontrollable », *Lancet*, Vol. 353, P. 998-999.
- Grellet, L. & C. Kruse, 1983, *Histoires de la tuberculose. Les fièvres de l'âme 1800-1940*, Paris, Editions Ramsay, 332P.
- Grosset, J., 1999, « Quelle(s) stratégie(s) pour l'éradication de la tuberculose », *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, 183, N° 7, P. 25-51.
- Guillaume, P., 1986, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles*, Paris, Aubier, 376P.
- Herzlich, C. & J. Pierret, 1984, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 295P.
- Heyraud, J.D. & al., 1984, « Aspects épidémiologiques de la tuberculose à Yaoundé (République du Cameroun) » *Bulletin de Liaison et de documentation de l'OCEAC*, N° 64, P. 49-55.
- Heyraud & al., 1985, « Epidemiologic aspects of tuberculosis in Yaounde (Republic of Cameroon) », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 78, N°1, P. 15-27.
- Huet, M. & al., 1971, « Etude bactériologique de la tuberculose au Cameroun », *Revue de tuberculose et de pneumologie*, N°35, P. 413-426.
- Iseman & al., 1994, « Directly observed therapy on the rates of drugs resistance and relapse in tuberculosis », *New England journal of medicine*, N°330, P. 1179-1184.
- Iseman, M., 1999, « Management of multidrug resistant tuberculosis », *Chemotherapy*, Vol. 45, Suppl. 2, P. 26-33.



- Javitz, S. & M. Ward, 2002, « Value of antimicrobials in the prevention and treatment of tuberculosis », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°4, P. 275-288.
- Kamolratanakul, 1999, « Economic impact of tuberculosis at the household level », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 3, N°7, P. 596-602.
- Kermogant, M., 1906, « Rapport au congrès de la tuberculose en octobre 1905. La tuberculose dans les colonies françaises », *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, Vol. 9, P. 220.
- Kuaban & al., 1989, « Malades hospitalisés pour tuberculose pulmonaire présentant des bacilles de Koch à l'examen direct de l'expectoration », *Annales de médecine interne*, N°140, P. 269-273.
- Kuaban, C. & al., 1996, « Tuberculosis screening of patient contacts en 1993 and 1994 in Yaounde, Cameroon », *Médecine tropicale*, Vol. 56, N°2, P.156-158.
- Kuaban, C. & Bercion, 1996, « HIV seroprevalence in adults with pulmonary tuberculosis in Yaounde, Cameroon », *Médecine tropicale*, Vol. 56, N°4, P. 357-360.
- Kuaban, C. & al., 1995, « Seroprevalence of HIV infection among patients with pulmonary tuberculosis in Yaounde Cameroon », *West african journal of medicine*, Vol. 14, N°2, P. 112-115.
- Kuaban, C. & al., 2000, « Acquired anti-tuberculosis drug resistance in Yaounde Cameroon », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, may, Vol. 4, N°5, P. 427-432.
- Kuaban, C. & al., 1997, « HIV seroprevalence rate and incidence of adverse skin reactions in adults with pulmonary tuberculosis receiving thiacetazone freee antituberculosis treatment in Yaounde, Cameroon », *East african medical journal*, Aug., Vol. 8, N°74, P. 474-477.
- Mann, T., 1991, *La montagne magique*, Paris, Arthème Fayard & Cie, Coll. Le Livre de Poche, 1016P.
- Mansfield, K., 1973, *Le journal*, Paris, Gallimard, Coll. Folio, 506P.
- Mathis & Durieux, 1930, « Considération sur la tuberculose en AOF », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 22, P533.
- Ministère de la Santé publique, 1998, *Programme National de Lutte contre la Tuberculose. Guide technique pour les personnels de santé*, Yaoundé, Presses de l'Imprimerie Saint-Paul, 66P.

Ministère de la Santé publique, 2003, *Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose. Période 2003-2007*, Yaoundé, Ministère de la Santé publique, 71P.

Mouchet, R., 1913, « La tuberculose à Léopoldville (Congo Belge) », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, Vol. 6, P.55.

Moulding, S.T. & Caymittes, M., 2002, « Managing medication compliance of tuberculosis patients in Haiti with medication monitors », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°4, P. 313-319.

Murray, J. & al., 1999, « Human immunodeficiency virus and outcome of treatment for new and pulmonary tuberculosis african patients », *American journal of respiratory and critical care medicine*, Vol. 159, N°3, P. 733-40.

Nakajima, H., 1993, « La tuberculose, état d'urgence », *Santé du monde, le magazine de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 46<sup>ème</sup> année, N°4, juillet-août, P. 3.

Nguyen, H. & al., 1999, « Different tuberculosis in men and women: beliefs from focus groups in Vietnam », *Social Science and Medicine*, Vol. 49, P. 815-822.

Nichter, M., 1994, « Illness semantics and international health: the weak lungs/TB complex in the Philippines », *Social Science and Medicine*, Vol. 38, N°5, P. 649-663.

Nkwa & al., 1998, « La meurtrière taciturne », *Santé horizons*, N°1, P. 1-15.

Noertjojo, K. & al., 2002, « Contact examination for tuberculosis in Hong-Kong is useful », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°1, P. 19-24.

Noeske, J. & P. Nkamsse, 1997, « Programme National de lutte contre la tuberculose dans la province de l'Ouest Cameroun, évaluation après un an de fonctionnement », *Bulletin de liaison et de documentation de l'OCEAC*, Vol. 31, N°1, P. 13-21.

Nolan, G., 1992, « Failure of therapy for tuberculosis in human immunodeficiency virus infection », *The american journal of medical sciences*, Vol. 304, N°3, P. 168-173.

Nunn & Kochi, 1993, « Tuberculose et Sida, un duo mortel », *Santé du monde, le magazine de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 46<sup>ème</sup> année, N°4, juillet-août, P. 7-9.

O'Boyle, J. & al., 2002, « Factors affecting patient compliance with anti-tuberculosis chemotherapy using the directly observed treatment, short-

course strategy (DOTS) », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°4, P. 307-312.

O. M. S. (Bureau régional pour l'Afrique), 1996, *La tuberculose en Afrique. Un continent, 46 pays, un combat incertain couronné de succès*, Genève, OMS.

Portero, N. & al., 2002, « Socio-economic determinants of knowledge and attitudes about tuberculosis among the general population of metro Manila, Philippines », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°4, P. 301-306

Rajeswari, R. & al., 2002, « Private pharmacies in tuberculosis control. A neglected link », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°2, P. 171-173.

« Revisited International definitions in tuberculosis control », 2002, *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 5, N°3, P. 213-215.

Rouillon, A. & al., 1996, « Epidémiologie de la tuberculose dans le monde », *Encyclopédie de médecine et de chirurgie*, Paris, Elsevier, 6-019-A-32.

Ryan, F., 1993, *The forgotten Plague. How the battle against tuberculosis was won and lost*, Boston, Little Brown Company, 460P.

Sbarbaro, J., 1997, « Multidrug resistant tuberculosis. It is time to focus on the private sector medicine », *Chest*, May, Vol. 111, N° 5, P. 1149-1151.

Stop TB, 2002, « An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°5, P. 378-388.

Sontag, S., 1989, *La maladie comme métaphore*, Paris, Christian Bourgois Editeur, 235P.

Tam, C.M. & al., 2002, « Rifapentine and isoniazid in the continuation phase of a 6-month regimen. Final report at 5 years: prognostic value of various measures », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°1, P. 3-10.

Trébucq, A. & Aït-Khaled, 1995, *La lutte contre la tuberculose en république du Cameroun*, Rapport d'une visite d'évaluation effectuée du 18 au 27 octobre 1994.

Trébucq, A., 2004, « La lutte contre la tuberculose dans le monde. Résultats et défis », *Médecine tropicale*, Vol. 64, P. 587-59.

Trébucq, A., 2005, *Le programme national de lutte contre la tuberculose de la république du Cameroun*, Rapport N°6, visite effectuée du 15 au 24 novembre 2004.

Tsogt, G. & al., 2002, « The nation wide tuberculosis drug resistance survey in Mongolia, 1999 », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°4, P. 289-294.

Unité Provinciale de Lutte contre la Tuberculose du Centre, 2005, *Animation du tour cycliste international du Cameroun, édition 2005, fiche technique*, Yaoundé, Délégation Provinciale de la Santé Publique du Centre, 3P.

Unité Provinciale de Lutte contre la Tuberculose du Centre, 2005, *Animation d'une semaine provinciale de la tuberculose dans la province du Centre du 21 au 27 mars 2005*, Yaoundé, Délégation Provinciale de la Santé Publique du Centre, 15P.

Unité Provinciale de Lutte contre la Tuberculose du Nord, 2005, *Rapport annuel d'activités 2004*, Garoua, Délégation Provinciale de la Santé Publique du Nord, 29P.

Van Deun, A. & G. Torrea, 2004, *Réseau de laboratoire, programme national antituberculeux de la république du Cameroun*, Rapport sur la mission d'assistance technique du 15 au 23 avril 2004.

Vernon, A. & al., 2002, « Another step on the path to better TB therapies », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N°1, P. 1-2.

Wang, H., 2005, *Allocution à l'occasion de la journée mondiale de la tuberculose*, Yaoundé, 24 mars 2005.

Weis & al., 1994, « The effect of directly observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis », *New England journal of medicine*, Vol. 330, P. 1179-1184.

W. H. O., 1998, *TB crossroads. Report on tuberculosis epidemic 1998*, Geneva, WHO.

W. H. O., 1997, *Report on tuberculosis Endemic 1997*, Geneva, WHO.

Zellweger, J.P., 2002, « Tuberculosis in households of index patients: is there another way to control tuberculosis? », *International journal of tuberculosis and lung diseases*, Vol. 6, N° 2, P.181-182.

## **5- Autres documents consultés**

Aïach, P. & D. Fassin, (sous la direction de), 1992, *Sociologie des professions de santé*, La Garenne-Colombes, Ed. de l'Espace Européen, 272P.

- Abwa, D., 1997, *Commissaires et Hauts-Commissaires de la France au Cameroun (1916-1960) Ces hommes qui ont façonné politiquement le Cameroun*, Yaoundé, PUY-Presses de l'UCAC, 439P.
- Aerts, J.J. & al., 2000, *L'économie camerounaise. Un espoir évanoui*, Paris, Karthala. Collection Les Afriques, 287P.
- Atwood, G., 1991, « Cultural constructivism, sickness histories and the understanding of ethnomedicines beyond critical medical anthropologies », *Anthropologies Of Medicine*, special issue, 7/91, P. 221 -258.
- Augé, M. & C. Herzlich, 1994, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, Coll. ordres sociaux, 278P.
- Aymerich, Général J.G., 1933, *La conquête du Cameroun, 1er août 1914-20 février 1916*, Paris, Payot, 215P.
- Bancel, N. & al., 2003, *La république coloniale. Essai sur une utopie*, Paris, Albin Michel, 170P.
- Balandier, G., 1951, « La situation coloniale : approche théorique », *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol. 11, P. 44-79.
- Bayart, J.F., 1985, *L'Etat au Cameroun*, Paris, Presses de la Fondation Nationales des Sciences Politiques, 348P.
- Bayart, J.F., 1986, « La société politique camerounaise (1982-1986) », *Politique Africaine*, N°22, P. 5-35.
- Bayart, J.F. & al., 1997, *La criminalisation de l'Etat en Afrique*, Editions Complexe, 167 P.
- Beauvilain, A., 1989, *Le nord Cameroun. Crises et peuplement*, Tome 1 & 2, Copyright Alain Beauvilain.
- Beigbeder, Y., 1997, *L'Organisation Mondiale de la Santé*, Paris, PUF, Coll. Que sais-je ?, 125P.
- Benoist, J., 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 520P.
- Berche, T., 1998, *Anthropologie et santé publique en pays Dogon*, Paris-Mayence, APAD-Karthala, 232P.
- Bidima, JG, 1995, *La philosophie négro-africaine*, Paris, PUF, 126P.
- Bigombé, P. & H. Menthong, 1996, « Crise de légitimité et la continuité politique », *Politique africaine*, N°62, P. 15-23.

- Blaise, P., 2001, « Remettre la relation au cœur de la méthode clinique, une priorité pour améliorer la qualité des soins », *Réseau Anthropologie de la santé, Les professionnels de santé, Bulletin N°2*, P.175-183.
- Blanchard, P. & S. Lemaire, 2003, *Culture Coloniale. La France conquise par son empire 1871-1931*, Paris, Editions Autrement, Collection Mémoires, N°86, 253P.
- Blanchard, P. & al., (sous la direction de), 1995, *L'autre et nous « scènes et types »*, Paris, ACHAC-Syros, 279P.
- Blech, J., 2005, *Les inventeurs de maladies. Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*, Actes Sud, 281P.
- Blundo, G. & Sardan, 2001, « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest », *Politique africaine*, N° 83, P. 8-37.
- Bourdelaïs, P., 2003, *Les épidémies terrassées, une histoire de pays riches*, Paris, Editions de La Martinière.
- Braudel, F., 1951, « Les responsabilités de l'Histoire », *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol. 10, P. 3-18.
- Brugha, R., 2005, « The Global Fund at three years, flying in crowded air space », *Tropical medicine and international health*, Vol. 10, N°7, P. 623-626.
- Brunschwig, H., 1957, *L'expansion allemande Outre-mer du XV<sup>e</sup> siècle à nos jours*, Paris, PUF, 208P.
- Caudill, W., 1958, *The psychiatric hospital as a small community*, Cambridge, Harvard University Press.
- Chaffard, G., 1965, *Carnets secrets de la décolonisation*, Paris, Calmann-Lévy, Tomes 1 et 2.
- Chancelé, E., 1949, « La question coloniale », *Critique*, Tome V, N°35, P. 365- 370.
- Chazelas, 1931, *Territoires africains sous mandat de la France. Cameroun-Togo*, Paris, Société d'Editions Géographiques Maritimes et coloniales, 240P.
- Chippaux, 1980, « Le service de santé des troupes de Marine », *Médecine Tropicale*, Vol. 40, N°6, P. 605-622.
- Coquery-Vidrovitch, C., 1985, *Afrique Noire : Permanences et ruptures*, Paris, Payot, 440P.
- Coquery-Vidrovitch, C., 2001, *Le Congo au temps des grandes compagnies concessionnaires, 1898-1930*, Paris, Ed. de l'EHESS, Vol. 1 & 2, 909P.

Coquery-Vidrovitch, C., 1965, De Brazza à Gentil : la politique française en Haute-Sangha à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, *Revue française d'histoire d'Outre-mer*, Tome LII, premier trimestre, N°186, P. 22-40.

Courade, G. & L. Sindjoun, 1996, « Le Cameroun dans l'entre-deux », *Politique Africaine*, N°62, P. 3-14.

Criel & De Brouwere, 1998, « Conditions limites et potentiel de l'intégration », In Van Lerberghe & De Béthune (sous coordination de), 1998, *Intégrations et recherches, Studies in health services organisation and policy*, Vol. 8, P. 83-108.

Criel, 1992, « L'intégration de la tuberculose dans les soins de santé primaires : où en sommes-nous », *Annales de la société belge de médecine tropicale*, Vol. 72, P. 1-3.

Crozier, M. & E. Friedberg, 1977, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 493P.

Curtin, P. & al., 1978, *African History*, London, Longman, 612P.

De Certeau, M., 1990, *L'invention du quotidien. I Arts de faire*. Paris Gallimard, Nouvelle édition, établie et présentée par Luce Giard, 349P.

De Sardan, J.P., « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, N°1, P. 71-109.

De Sardan, J.P., « La violence faite aux données. Quelques figures de la surinterprétation en anthropologie », *Enquête*, n°3, P. 31-60.

De Sardan, J.P., 2004, « Une médecine de proximité... et de qualité pour l'Afrique », *Le monde diplomatique*, février.

Djima, A., 2003, « Administration commerçante-usagers-clients. Payer pour être servi », *Le messenger*, N°1549, lundi 18 août.

Dornheim, J., 1991, « Images and interpretation of severe illness : ethnographic aspects of dealing with cancer », *Anthropologies of Medicine*, special issue, 7/91, P. 157-173.

Dozon, J.P. & al., 1999, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala-Codesria, 707P.

Dozon, J.P., 2003, *Frères et sujets. La France et l'Afrique en perspective*, Paris, Flammarion, 350P.

Dozon, J.P., 1985, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*, 3(3-4), P. 27-56.

- Dozon, J.P. & D. Fassin, 1999, « Raisons épidémiologiques et raisons d'Etat. Les enjeux sociopolitiques du Sida en Afrique », *Sciences Sociales et Santé*, 7, P. 21-36.
- Dozon, J.P. & D. Fassin, 2001, *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Paris, Editions Balland, 361P.
- Donovan, J. & D. Blake, 1992, « Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making », *Social science and medicine*, Vol. 34, N°5, P. 507-513.
- Dujardin, B., 2003, *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*, Paris, Karthala-Editions Charles Léopold Mayer, 331P.
- Chêne, H., 1954, *Répertoire des textes applicables au Cameroun*, Jurisclasseur FOM.
- Eboko, F., 2001, « L'organisation de la lutte contre le sida au Cameroun : de la verticalité à la dispersion », In Gruénais, ME., (Ed.), 2001, « Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », *APAD, bulletin*, N°21, P. 49-68.
- Eboko, F., 2005, « Les sociétés africaines face au Sida. Périls sanitaires, enjeux internationaux et réponses politiques », *Terroirs*, 1-2, P. 59-69.
- Eckart, W.U., 2002, « The colony as laboratory: german sleeping sickness campaign in German East Africa and in Togo, 1900-1914 », *History and philosophy of the life science*, Vol. 24, N°1, P. 69-89.
- El Abassi, 1998, « Le processus d'intégration des programmes au sein d'un PMA pour les centres de santé : l'expérience du Mali », In Van Lerberghe & De Béthune (Sous la coordination de), 1998, *Intégrations et recherches, Studies in health services organisation and policy*, Vol. 8.
- Ellul, J., 1988, *Le bluff technologique*, Paris, Hachette Littérature, 748P.
- Ermann, D. & R. Lundman, 1978, *Corporate and governmental deviance: problems of organizational behavior in contemporary society*, Oxford University Press, New-York, 323P.
- Elthier, D. & M.J. Zahar, (avec la collaboration de), 2003, *Introduction aux relations internationales*, Montréal, PUM, Coll. Paramètres, 279P.
- Eyinga, A., 1978, *Introduction à la politique camerounaise*, Paris, Editions Anthropos, 356P.
- Fanon, F., 2002, *Les Damnés de la terre*, Paris, La Découverte/Poche, 311P.
- Fanon, F., 1952, *Peau noire, masques blancs*, Paris, Editions du Seuil, Essais, 188P.



- Fainzang, S., 1989, « Pour une Anthropologie de la maladie en France : un regard africaniste », *Cahiers de l'homme*, Nouvelle série, XXIX, Paris, EHESS.
- Farmer, P., 1996, *Sida en Haïti: la victime accusée*, Paris, Karthala, 414P.
- Farmer, P., 2001, *Infections and inequalities. The forgotten plagues*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 375P.
- Fassin, D. & Y. Jaffré, (sous la coordination de), 1990, *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses/Aupelf Coll. Universités francophones, Médecine tropicale, 287P.
- Fassin, D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, PUF, Coll. Les champs de la santé, 359P.
- Fassin, D. & P. Aïach (sous la direction de), 1994, *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir en quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 364P.
- Fassin, D., 2000, *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 344P.
- Fassin, D., & D., Memmi, (sous la direction de), 2004, *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS, 269P.
- Fassin, D., (sous la direction de), 2004, *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au Sida*, Paris, Karthala, 299P.
- Fassin, D., 2006, *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte, 440P.
- Ferro, M., (sous la direction de), 2003, *Le livre noir du colonialisme XVIe-XXIe : de l'extermination à la repentance*, Paris, Laffont, 843P.
- Feierman, S., 1985, « Struggles for control: the social roots of health and healing in modern Africa », *African studies review*, Vol. 28, N°2/3, P. 73-134.
- Feierman, S. & J.M. Janzen, (Eds), 1992, *The social basis of health and healing in Africa*, Berkeley, University of California Press, 487P.
- Fidler, D., 2001, « The globalization of public health: first 100 years of international health diplomacy », *Bulletin of the World Health Organisation*, Vol. 79, N°9, P. 842-849.
- Finkler, K., 2004, « Biomedicine globalized and localized: western medical practices in an outpatient clinic of a Mexican hospital », *Social Science and Medicine*, Vol. 59, P. 2037-2051.
- Foucault, M., 1969, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 275P.
- Foucault, M., 1971, *L'ordre du discours*, Paris, Gallimard, 81P.

- Foucault, M., 1975, *Surveiller et punir. La naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 360P.
- Foucault, M., 1976, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 221P.
- Foucault, M., 1984, *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 339P.
- Foucault, M., 1984, *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*, Paris, Gallimard, 334P.
- Foucault, M., 1997, *Il faut défendre la société*, Cours au Collège de France, 1976. Paris, Hautes études, Gallimard, Seuil, 283P.
- Foucault, M., 2001, *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Quarto Gallimard, 1735P.
- Foucault, M., 2001, *L'herméneutique du sujet*, Cours au Collège de France, 1981-1982. Paris, Hautes études, Gallimard, Seuil, 540P.
- Foucault, M., 2004, *Sécurité, territoire, population*, Cours au Collège de France, 1977-1978, Paris, Hautes études, Gallimard, Seuil, 435P.
- Foucault, M., 2004, *Naissance de la biopolitique*, Cours au Collège de France, 1978-1979, Paris, Hautes études, Gallimard, Seuil, 355P.
- Friedberg, E., 1997, *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, 2<sup>e</sup> édition revue et complétée, Paris, Seuil, 422P.
- Garcia-Calleja & al., 1993, « Short term projections of infection by the human immunodeficiency (HIV) and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Cameroon », *Médecine tropicale*, Vol. 53, N°2, P. 195-199.
- Gjerberg & Kjolsrod, 2001, « The doctor-Nurse relationship: how easy is it to be a female "doctor" co-operating with a female "nurse" », *Social Science and Medicine*, Vol. 52, N° 2, P. 189-202.
- Gibson, D., 2004, « The gaps in the gaze in South African hospitals », *Social Science and Medicine*, Vol. 59, P. 2013-2024.
- Good, B., 1998, *Comment faire l'Anthropologie médicale*, Paris, Institut Synthélabo, Coll. Les empêcheurs de penser en rond, 433P.
- Gouellain, R., *New-Bell Douala : enquête urbaine demandée par M. le Haut-commissaire*, Douala, Ircam.
- Gouellain, R., 1975, *Douala, ville et histoire*, Paris, Institut d'Ethnologie-Musée de l'Homme, 402P.

Gould, D., 1980, *Bureaucratic corruption and underdevelopment in the third world. The case of Zaire*, New-York, Pergamon press, 181P.

Gourévitch, J.P., 2004, *La France en Afrique. Cinq siècles de présence : vérités et mensonges*, Paris, le Pré aux Clercs, Essai, 432P.

Gouzien, 1921, « L'épidémie d'influenza de 1918-1919 dans les colonies françaises », *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, Vol. 19, P. 264-303.

Grodos, D. & X. Béthune, 1988, « Les Interventions Sanitaires Sélectives : un piège pour les politiques de santé du tiers monde », *Social Science and Medicine*, Vol. 26, N°9, P. 879-889.

Grodos, & Tonglet, 2002, « Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne : le district de santé à l'épreuve », *Tropical medicine and international health*, Vol.7, N°11, P. 977-992.

Gruénais, M.E., (Ed.), 2001, « Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », *APAD*, bulletin N°21, 179P.

Gruénais, M.E., 2001, « L'Etat à la conquête de son territoire national. L'exemple de la réforme du système de santé dans la province de l'Extrême Nord du Cameroun ». In Gruénais, ME., (Ed.), *Un système de santé en mutations*, *Bulletin de l'APAD*, N°21, P. 23-47.

Gruénais, M.E., 2001, « Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique », In Hours (Ed.), *Systèmes et politiques de santé*, Paris, Karthala, P. 67-85.

Gruénais, M.E., 2001, « Ethique religieuse et déontologie médicale », *Réseau Anthropologie de la santé, Les professionnels de santé*, Bulletin N°2, P. 185-194.

Gruénais, M.E., 2005, « La séparation de l'Eglise et de l'Etat et la réforme du système de santé au Cameroun », In Chiffolleau (Ed.), *Politique de santé sous influence internationale, Afrique, Moyen-Orient*, Paris, Maisonneuve & Larose, P.169-182.

Guillaumin, C., 2002, *L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel*, Paris, Gallimard, Coll. Folio/essais, 378P.

Guilbot, J., 1949, « les conditions de vie des indigènes de Douala », *Etudes Camerounaises*, N°27-29.

Hahonou, E., 2001, « Apprentissage de la violence infirmière en milieu hospitalier au Niger », *Réseau Anthropologie de la santé*, bulletin N°2, P.133-148.

- Hartwig, G. W. & K. D. Patterson (Eds.), 1978, *Disease in african history. An introductory survey and case studies*, Durham, Duke University Press, 255P.
- Hours, B., 1995, « L'anthropologie de la santé publique et des systèmes de soins », *Journal des Anthropologues*, N° 60, P. 63-69.
- Hours, B., 1985, *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, l'Harmattan, 165P.
- Hugon, P., 1996, « Sortir de la récession », *Politique Africaine*, N° 62, P. 35-44.
- Hugon, A., 2005, « Santé : quel bilan », *L'histoire*, N°302, P. 76-79.
- Inhorn, M. C., 2004, « Privacy, privatization, and the politics of patronage: ethnographic challenges to penetrating the secret world of Middle Eastern, hospital-based in vitro fertilization », *Social Science and Medicine*, Vol. 59, P. 2095-2108.
- Institut National de la Statistique, Ministère de la Planification, de la Programmation, du Développement et de l'Aménagement du Territoire, 2005, *Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2004*, Yaoundé-Calverton, ORC Macro, 323P.
- Jaffré, Y., 1999, « Les services de santé « pour de vrai ». Politiques sanitaires et interaction quotidienne dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *APAD, Bull N°17*, juin 1999.
- Jaffré, Y. & O. de Sardan, (sous la direction de), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala, 462P.
- Janzen, J. & W. Arkininstall, (avec la collaboration de), 1995, *La quête de la thérapie au Bas Zaïre*, Paris, Karthala, 287P.
- Joseph, R., 1986, *Le mouvement nationalise au Cameroun*, Paris, Karthala, 344P.
- Kamdoum, A., 1996, « Planification sanitaire et ajustement structurel au Cameroun. 1<sup>ère</sup> partie : la situation sanitaire », *Bulletin de Liaison et de Documentation de l'OCEAC*, Vol.29, N°1, P.16-23.
- Kamdoum, A., 1996, « Planification sanitaire et ajustement structurel au Cameroun. 2<sup>ème</sup> partie : situation économique et redynamisation de la politique de santé », *Bulletin de Liaison et de Documentation de l'OCEAC*, Vol.29, N°1, P. 24-32.

- Kelly, D. & al., 2004, «“Being in de same boat”»: ethnographic insights into an adolescent cancer unit », *International journal of nursing studies*, Vol. 41, P. 847-857.
- Kessler, M.C., 1999, *La politique étrangère de la France. Acteurs et processus*, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 498P.
- Kleinman, A., 1980, *Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between anthropology medicine and psvchiatry*, Berkeley, University of California Press, 427P.
- Laburthe-Tolra, Ph., 1970, « Yaoundé d’après Zenker », *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines*, N° 2, P. 5-113.
- Laburthe-Tolra, Ph., 1977, « Charles Atangana. Un chef entre deux colonisations, 1888-1943 », In Julien Ch. A & al., (Eds.), *Les Africains*, Paris, Éditions Jeune Afrique, P. 107-41.
- Latouche, S. & M. Singleton, (sous la direction de), 2004, *Les raisons de la ruse. Une perspective anthropologique et psychanalytique*, Paris, La Découverte-MAUSS, 352P.
- Latour, B., 1984, *Les microbes, guerre et paix suivi de Irréductions*, Paris, Métailié, Publié avec le concours du Centre National des Lettres, 166P.
- Léonard, J., 1991, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXème siècle*, Paris, Aubier Montaigne.
- Le Vine, V., 1984, *Le Cameroun du Mandat à l’Indépendance*, Paris, Présence Africaine, 285P.
- Marabail, 1919, *Etudes sur les territoires du Cameroun occupés par les troupes françaises*, Paris, Emile Larose, 179P.
- Maritoux & al., 2000, « Le secteur pharmaceutique dans les pays africains francophones », *Afrique Contemporaine*, N° spécial, 3<sup>e</sup> trimestre, P. 210-229.
- Massé, R., 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l’anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaétan Morin, 499P.
- Max, A., 2004, « “villagers”: differential treatment in a Ghanaian hospital », *Social science and medicine*, Vol. 59, P. 2003-2012.
- Mbakob, J.R., 1980, *Situation épidémiologique du Cameroun*, Doc polycopié, Yaoundé, OCEAC.
- Mbembe, A., 1996, *La naissance du maquis dans le Sud-Cameroun (1920-1960). Histoire des usages de la raison en colonie*, Paris, Karthala, 438P.

Mbokolo, E., 1994, « Histoire des maladies, histoires et maladies », In Augé, M. & C. Herzlich, *Le sens du mal : Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, Coll. Ordres sociaux, P. 155-186.

Mebtoul, M., 2001, « La pratique médicale comme processus aléatoire et fragile (Algérie) », *Réseau Anthropologie de la santé*, Bulletin N°2, Shadyx (EHESS-CNRS), P. 155-164.

Médard, J.F., 1977, « L'Etat sous développé au Cameroun », *Année Africaine*, Paris, Pedone, P. 35-84.

Médard, J.F., 1982, « L'état sous-développé en Afrique noire : clientélisme politique ou néo-patrimonialisme », *Travaux et Documents*, N°1, Centre d'Etudes d'Afrique Noire, Université de Bordeaux.

Médard, J.F., 1998, « La crise de l'Etat néo-patrimonial et l'évolution de la corruption en Afrique subsaharienne », *Mondes en Développement*, Tome 26, N°102, P. 55-67.

Médard, J.F., 2001, « Décentralisation du Système de santé et ressources humaines au Cameroun », In Gruénais, ME., (Ed.), *Un système de santé en mutations*, Bulletin de l'APAD, N°21, P. 23-47.

Médecins sans frontières (sous la direction de François Jean), 1995, *Populations en Danger, 1995. Rapport annuel sur les crises majeures et l'action humanitaire*, Paris, La Découverte, 172P.

Michel, M., 1970, « Les plantations allemandes du Mont Cameroun, 1885-1914 », *Revue française d'Histoire d'Outre-mer*, Tome LVII, N°207, P. 183-213.

Michels, S., 2004, *Imagined power contested : Germans and Africans in the Upper Cross River area of Cameroun 1887-1915*, Hambourg, Lit Verlag, 430P.

Milza, P., 2004, *Les relations internationales de 1871 à 1914*, Paris, Armand Colin, Coll. Cursus Histoire, 167P.

Ministère de la Santé Publique, *La stratégie sectorielle de santé*, Kribi, le 23-27 juillet 2002.

Ministère de la Santé Publique, 2001, *Carte Sanitaire du Cameroun*, Yaoundé, Minsanté/AEDES.

Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire, 1993, *Indicateurs démographiques sur le Cameroun*, Yaoundé, Minpat.

Mongo Beti, 2003, *Main basse sur le Cameroun, autopsie d'une décolonisation*, Paris, La Découverte, Coll. (Re) Découverte, 267P.

- Moulin, A.M., 1996, *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard.
- Mveng, E., 1963, *Histoire du Cameroun*, Paris, Présence africaine, 534P.
- Mveng, E. & Beling-Nkoumba, 1974, *Manuel d'histoire du Cameroun*, Yaoundé, Centre d'Édition et de Production de Manuels et d'Auxiliaires de l'Enseignement.
- Neba, N. J., 1987, *Géographie moderne de la république du Cameroun*, Camdem, N. J., Neba.
- Ndonko, F. & B. Schmidt-Ehry, 2000, *Les vaccins stérilisants au Cameroun. Etude rétrospective d'une rumeur*, Yaoundé, Clé, 92P.
- Nijhof, G., 2001, *Patient work. A small sociology of everyday patient life*, Amsterdam, Aksant.
- Nicolle, C., 1933, *Destin des maladies infectieuses*, Paris, Editions France Lafayette, 216P.
- Nozais, J.P. & M. Gentilini, 1985, « Les conséquences sanitaires du développement économique des pays tropicaux », *Médecine tropicale*, Vol. 45, N°1.
- Owona, A., 1996, *La naissance du Cameroun. 1884-1914*, Paris, l'Harmattan, Coll. Racines du présent, 226P.
- Oyono, D., 1997, *Colonie ou mandat international ? La politique française au Cameroun de 1919 à 1946*, Paris, l'Harmattan.
- Okalla, R. & A. Le Vigouroux, 2001, « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », In Gruénais, M.E., (Ed), 2001, *Un système de santé en mutations, Bulletin de l'APAD*, N°21, P. 11-22.
- Packard, R., 1989, *White plague. black labour: tuberculosis and the political economy of health and disease in South Africa*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 389P.
- Paret, H., 1997, *Humanitaire et Santé publique*, Paris, l'Harmattan, 300P.
- Petit, A., 1992, « La profession infirmière, un siècle de mutations », In Aïach & Fassin (sous la direction de), *Sociologie des professions*, La Garenne-Colombes, Editions de l'Espace Européen, P. 161-186.
- Petit, A., 1994, « La profession infirmière, un siècle de mutations », In Fassin & Aïach (sous la direction de), *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir en quête de légitimité*, Paris, Anthropos, P. 227-259.

- Pluchon, P., (sous la direction de), 1985, *Histoire des médecins et pharmaciens de Marine et des colonies*, Paris, Bibliothèque historique, Privat, 430P.
- Pozdniakova RZ. & al., 1988, « Methodological approaches to the evaluation of health education posters », *Gigiena i sanitariâ*, Vol. 6, P. 39-41.
- Prost, A., 2000, « L'Afrique n'est pas un cas particulier. Retour des grands fléaux, émergence de maladies nouvelles », *Afrique Contemporaine*, numéro spécial, 3<sup>e</sup> trimestre, P. 15-23.
- Réseau Anthropologie de la santé, *Les professionnels de santé*, bulletin N°2, Shadyc (EHESS-CNRS).
- Rim, D., 2003, « Ne dites surtout pas « corruption », *Le messager*, N°1547, Lundi 11 août.
- Rifkin, S., 1988, « The Debate on selective or comprehensive primary health care », *Social Science and Medicine*, Vol. 26, N°9, P. 877-878.
- Rifkin & Walt, 1986, « Why health care improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care" », *Social Science and Medicine*, Vol. 23, N°6, P. 559-566.
- Rudin, H., R., 1968, *Germans in the Cameroons 1884-1914. A case study in modern imperialism*, Hamden-Connecticut, Archon Books, 456P.
- Rufin, J.C., 1994, *L'aventure humanitaire*, Paris, Gallimard, 176P.
- Rouspard, M., 1987, *Nord-Cameroun. Ouverture et développement*, M. Rouspard.
- Sah, L., 1982, « Les activités allemandes et la germanophilie au Cameroun », *Revue Française d'histoire d'Outre-mer*, Tome LXIX, N°255, P. 129-139.
- Sarassoro, H., 1979, *La corruption des fonctionnaires en Afrique. Etude de droit pénal comparé*, Paris, Economica, Coll. La vie du Droit en Afrique, 230P.
- Sarraut, A., 1923, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot, 675P.
- Soullilou, J., 1989, *Douala, un siècle en image*, 2<sup>e</sup> édition revue et augmentée, Paris, L'harmattan, 120P.
- Suret-Canale, J., 1964, *Afrique noire occidentale et centrale. L'ère coloniale 1900-1945*, Paris, Editions sociales, 636P.
- Syed, M. & al., 2002, « Coping strategies of health personnel during economic crisis: a case study from Cameroon », *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 5, N°4, P. 288-292.



- Tidjani Alou, M., 2001, « Globalisation : l'Etat africain en question », *Afrique Contemporaine*, numéro spécial, 3e trimestre, P.11-22.
- Tolen, M., 1963, *Le Cameroun et son régime politique*, Colloque des 30 novembre et 1<sup>er</sup> décembre 1963. « Les régimes des nouveaux Etats et leurs relations extérieures ».
- Tonme, S., 2003, « Un autre échange inégal », *Le messenger*, N°1547, Lundi 11 août.
- Touna, M., 1996, *Crise économique et politique de déréglementation au Cameroun*, Paris, l'Harmattan, 197P.
- Trostle, J., 1988, « Medical compliance as an ideology », *Social science and medicine*, Vol. 27, N°12, P. 1299-1308.
- Unger, J.P. & al., 1998, « L'approche verticale : une méthodologie d'identification des priorités stratégiques du contrôle des maladies tropicales », In Van Lerberghe & De Béthune (sous coordination de), 1998, *Intégrations et recherches, Studies in health services organisation and policy*, Vol.8, P. 17-41.
- Van Amstel, H. & S. Van der Geest, 2004, « Doctors and retribution: the hospitalisation of compensation claims in the Highlands of Papua New Guinea », *Social Science and Medicine*, Vol. 59, P. 2087-2094.
- Van der Geest, S. & K. Finkler, 2004, « Hospital ethnography: Introduction », *Social Science and Medicine*, Vol. 59, P. 1995-2001.
- Van Lerberghe & Kegels, 1998, « Savoir pour faire mieux : quelles recherches sur l'intégration ? », In Van Lerberghe & De Béthune (sous coordination de), 1998, *Intégrations et recherches, Studies in health services organisation and policy*, Vol.8, P. 1-8.
- Van Lerberghe, W. & V. de Brouwere, 2000, « Etat de santé et Santé de l'Etat en Afrique subsaharienne », *Afrique Contemporaine*, Numéro spécial, 3<sup>e</sup> trimestre, P. 175-190.
- Van Lerberghe, W. & al., 1997, « Hospitals in sub-saharan Africa: why we need more of what does not work as it should », *Tropical medicine and international health*, Vol. 2, N°8, P. 799-808.
- Vaughan, M., 1991, *Curing their ills. Colonial power and African illness*, Stanford, Stanford University Press, 224P.
- Vega, A., 2000, *Une ethnologue à l'hôpital : l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Archives contemporaines, 212P.

Vermeulen, E., 2004, « Dealing with doubt: making decisions in a neonatal ward in The Netherlands », *Social Science and Medicine*, Vol. 59, P. 2071-2085.

Vidal, L., 1996, *Le silence et le sens, essai d'anthropologie du Sida en Afrique*, Paris, Anthropos, 217P.

Vidal, L. & al., (Eds.), 2005, *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoir et pratiques : paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire*, Paris, l'Harmattan, Coll. Logiques sociales, 328P.

Vigarello, G., 1985, *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*, Paris, Seuil, 282P.

Vigarello, G., 1993, *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Age*, Paris, Seuil, 390P.

Vinh-Kim Nguyen, 2001, *Epidemics interzones and biosocial change: retroviruses and biologies of globalisation in West Africa*, A thesis submitted to the faculty of graduate studies and research in partial fulfilment of the requirement of the degree of Doctor of Philosophy, 317P.

Wagner, P., 2002, *Les philosophes et la science*, Paris, Gallimard. Coll. Folio Essais, 1124P.

Walsh & Warren, 1979, « Selective Primary Health Care. An interim strategy for disease control in developing countries », *The New England Journal of Medicine*, Vol. 301, N°18, P. 967-973.

Wang, S., 1983, *Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française, 1916-1945*, thèse présentée en vue de l'obtention du doctorat de 3<sup>e</sup> cycle en histoire, Université de Yaoundé, 316P.

Weber, O., 1995, *French doctors. Les 25 ans d'épopée des hommes et des femmes qui ont inventé la médecine humanitaire*, Paris, Robert Laffont, 585P.

Zaman, S., 2004, « Poverty and violence, frustration and inventiveness : hospital ward life in Bangladesh », *Social Science and Medicine*, Vol. 59, P.2025-2036.

Ziegler, H., 1952, *Afrique Equatoriale française*, Paris, Editions Berger-Levrault, 199P.

## 6- WEB

<http://www.africatime.com>: portail sur l'Afrique. On y trouve des liens permettant d'accéder aux sites de plusieurs pays. En ce qui concerne le Cameroun, on a accès à plusieurs quotidiens et hebdomadaires.

<http://www.asnom.org>: site de l'Association de Santé Navale et Outre-mer, qui regroupe les médecins ayant exercé dans les colonies françaises. Teinté d'hagiographie, ce site d'une grande richesse nous rappelle l'histoire du Corps de Santé Colonial, la structure du service de santé Outre-mer. Les grandes pathologies des tropiques sont passées en revue avec certains grands noms de la médecine des tropiques, tout cela agrémenté de photographies d'une excellente qualité.

<http://www.banquemonde.org>

<http://www.bium.univ-paris5.fr>: le site de la bibliothèque interuniversitaire de médecine. On a accès à PubMed, Google, Sudoc etc. Il est préférable d'y accéder en étant sur le campus. On peut alors consulter plusieurs périodiques électroniques.

<http://www.camerounlink.net/fr>: informations sur le Cameroun

<http://www.human-ressources-health.com>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

<http://www.oms.org>

<http://www.sleeping-sickness.com>: toutes les informations relatives à la maladie du sommeil, à son vecteur, à l'histoire des différents foyers, aux stratégies de lutte etc. se retrouvent sur ce site conçu par deux chercheurs de l'IRD (Institut de recherche pour le développement). On y trouve aussi une bibliographie dense, des textes inédits, plusieurs cartes et photographies.

<http://www.sudoc.abes.fr>

<http://www.theglobalfund.org/fr/about/how/>: site du Fonds Mondial.

<http://perso.wanadoo.fr/jdtr/>: site de M. Jean Dutertre, qui fut médecin colonial. On y trouve notamment une version électronique de la thèse de Marcel Bebey-Eyidi qui portait sur Eugène Jamot. Je souligne que Marcel Bebey-Eyidi fut le premier à proposer un travail d'ensemble sur ce personnage aujourd'hui considéré comme un héros du corps de santé des troupes coloniales.

**L'HARMATTAN, ITALIA**  
Via Degli Artisti 15 ; 10124 Torino

**L'HARMATTAN HONGRIE**  
Könyvesbolt ; Kossuth L. u. 14-16  
1053 Budapest

**L'HARMATTAN BURKINA FASO**  
Rue 15.167 Route du Pô Patte d'oie  
12 BP 226  
Ouagadougou 12  
(00226) 50 37 54 36

**ESPACE L'HARMATTAN KINSHASA**  
Faculté des Sciences Sociales,  
Politiques et Administratives  
BP243, KIN XI ; Université de Kinshasa

**L'HARMATTAN GUINÉE**  
Almama Rue KA 028  
En face du restaurant le cèdre  
OKB agency BP 3470 Conakry  
(00224) 60 20 85 08  
harmattanguinee@yahoo.fr

**L'HARMATTAN CÔTE D'IVOIRE**  
M. Etien N'dah Ahmon  
Résidence Karl / cité des arts  
Abidjan-Cocody 03 BP 1588 Abidjan 03  
(00225) 05 77 87 31

**L'HARMATTAN MAURITANIE**  
Espace El Kettab du livre francophone  
N° 472 avenue Palais des Congrès  
BP 316 Nouakchott  
(00222) 63 25 980

**L'HARMATTAN CAMEROUN**  
Immeuble Olympia face à la Camair  
BP 11486 Yaoundé  
(237) 458.67.00/976.61.66  
harmattancam@yahoo.fr



# Épidémie et politique en Afrique

*Maladie du sommeil et tuberculose au Cameroun*

A partir de l'histoire et de la genèse de deux programmes de santé - la lutte contre la maladie du sommeil à l'époque coloniale et la lutte contre la tuberculose dans le Cameroun contemporain - l'ouvrage s'attache à répondre à trois questions : comment naissent les politiques verticales de santé en Afrique ? Comment expliquer les échecs répétés des politiques de santé en Afrique ? Qu'est-ce qui justifie la persistance des organisations internationales à investir dans la santé des pays pauvres ? Les deux maladies choisies permettent en fin d'ouvrage de proposer une réflexion sur la « mémoire des corps ».



*Josiane Tantchou est anthropologue et chercheur associé à l'Unité de recherche « Acteurs et systèmes de santé en Afrique » de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Après avoir travaillé sur les représentations de la maladie, les questions relatives à la santé de la reproduction, elle s'intéresse aux systèmes et politiques de santé en Afrique.*



ISBN : 978-2-296-04377-0

24 €