Articles

Médecine, comparaisons et échanges inter-impériaux dans le mandat camerounais: une histoire croisée franco-allemande de la mission Jamot[1]

GUILLAUME LACHENAL

Résumé. Cet article aborde un épisode bien connu de l'histoire sanitaire du Cameroun: le programme de lutte contre la maladie du sommeil du Dr Eugène Jamot. Il étudie à partir de ce cas comment la médecine fut simultanément, dans le contexte mandataire, un enjeu patriotique et le lieu d'une internationalisation des pratiques et des débats coloniaux. En s'appuyant sur les propositions théoriques de l'histoire croisée, l'article replace le parcours de Jamot au sein d'un chassé-croisé entre médecins allemands et français, qui se succèdent au Cameroun suite à la Première Guerre mondiale. Ce croisement est l'occasion de transferts techniques et de comparaisons internationales. S'entrelacent ainsi l'histoire allemande de la médecine coloniale française, l'histoire médicale du mandat camerounais et l'histoire postcoloniale de la médecine tropicale allemande, qui se redéploie en Europe après 1918.

Mots-clés. Cameroun, médecine coloniale, Dr Eugène Jamot, Société des Nations

Abstract. This article examines a well-known episode of the medical history of Cameroon: Dr Eugene Jamot's campaign against sleeping sickness. Through this case study, the article analyses how, in the context of the Mandate system, colonial medicine was at the same time a matter of patriotism and the site of an internationalization of colonial debates and practices. Drawing from the

Guillaume Lachenal, ~~Centre National de la Recherche Scientifique, France~~.

maître de conférences, Département Histoire et Philosophie des Sciences, Université Paris Diderot; membre de l'Institut Universitaire de France; Laboratoire SPHERE, UMR CNRS 7219.

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 24

theoretical framework of "histoire croisée," the article situates the trajectory of Jamot in the context of exchanges between German and French doctors following the First World War. This Franco-German crossing was the occasion of technical transfers and international comparisons, intertwining the German history of French colonial medicine, the medical history of the Cameroonian mandate, and the postcolonial history of German tropical medicine, which was redeployed in Europe after 1918.

Keywords. Cameroon, Colonial medicine, Dr Eugène Jamot, League of Nations

Vers 1926, dans une colonie française d'Afrique. Le Dr Clapot, haut gradé du service de santé colonial, s'entretient avec un jeune médecin envoyé en mission d'études par la Société des Nations:

> Vous voyez, hein, mon cher confrère, nous n'avons rien à cacher dans nos colonies. (…) [C]hez nous, c'est la méthode de la maison ouverte, vous avez pu vous en rendre compte… vous m'avez demandé à faire votre étude, vous avez pu la faire et je vous ai dit: Dépêchez vous: il n'y aura bientôt plus ici de maladies. (*Plus bas*.) Et il n'y en aurait plus si nous n'avions pas les colonies étrangères voisines, qui ne parviennent pas, elles, à se débarrasser de leurs épidémies. D'ailleurs (*plus bas encore)* au point de vue sanitaire ils ne font rien. Ils ne s'occupent pas de l'indigène eux. Ici, l'indigène est heureux: il mange bien, il s'habille, il comprend notre effort civilisateur, en un mot: Il nous aime »[2].

Le dialogue imaginaire, extrait de la pièce de théâtre *L'Eglise*, s'inspire directement de l'expérience du Dr Louis-Ferdinand Destouches, alias Céline, qui l'écrit ~~en~~ 1926 au retour d'un voyage scientifique en Afrique de l'Ouest, sous l'égide de la Société des Nations (SDN). Fin connaisseur du monde colonial, où il s'est initié à l'exercice médical pendant la Première Guerre mondiale[3], Céline met en scène un aspect peu connu de la médecine coloniale: la manière dont elle fut simultanément un enjeu patriotique et le lieu d'une internationalisation sans précédent des pratiques et des débats coloniaux. Les politiques sanitaires ont en effet suscité un jeu de compétition, de comparaison et de collaboration entre puissances européennes, qui fut nourri par des contacts permanents entre médecins, aussi bien sur le terrain africain qu'au sein d'organisations internationales comme la SDN. Partant de ce constat, cet article étudie les transferts techniques inter-impériaux mis en jeu par la médecine coloniale, ainsi que le rôle du système des mandats dans l'institutionnalisation et la promotion de ces échanges. Il se concentre sur le cas du Cameroun, colonie allemande devenu mandat franco-britannique après la Première Guerre Mondiale, et sur un épisode majeur de son histoire sanitaire, la mise en place d'un programme de lutte contre la maladie du sommeil par le Dr Eugène Jamot.

L'importance des rivalités franco-allemandes dans l'histoire camerounaise est bien connue. Les comparaisons entre colonialismes français et allemand, établies par les élites camerounaises elles-mêmes, et

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 25

amplifiées dans le cadre des débats internationaux à la SDN, servirent de ressources pour les mobilisations nationalistes dès les années 1920, et contribuèrent à donner au Cameroun une place « à part » dans l'Empire français, en tant que laboratoire des politiques de réforme et de répression coloniale de l'après-1945[4]. Dans ce cadre, le Cameroun est un contexte tout indiqué pour étudier comment les interventions sanitaires coloniales furent prises dans un jeu d'échanges, de transferts et de comparaisons entre puissances impériales.

Une telle étude peut contribuer au renouvellement de l'historiographie de la médecine coloniale. Les travaux existants partagent en effet un défaut, souligné par Warwick Anderson[5]: leur cadrage monographique dans les limites géographiques des différents États coloniaux. Une manière de le corriger est d'envisager l'importance des circuits inter-coloniaux (qui lient les différentes colonies d'un même empire) et inter-impériaux (qui lient « horizontalement » les différents empires européens, y compris dans le cadre d'institutions supranationales) liés à la médecine coloniale[6]. Par ailleurs, des travaux récents ont discuté sur un plan général du rôle de la comparaison dans l'interaction entre internationalisation, impérialisme et nationalisme. En prenant pour objet l'histoire des savoirs d'administration coloniale[7], les travaux de Véronique Dimier et Ann Stoler ont montré que la comparaison entre contextes nationaux a joué un rôle crucial dans l'imagination et la matérialisation de cultures scientifique et politique nationales[8]; la comparaison étant alors envisagée non comme une démarche d'historien, mais comme un « comme un objet historique et (…) comme un projet d'État »[9] qui a permis la construction de catégories de gouvernement – la race, en particulier – communes aux différents contextes coloniaux.

L'histoire de la lutte contre la maladie du sommeil illustre les enjeux de ces débats. La maladie du sommeil (ou trypanosomiase humaine africaine, du nom du trypanosome, le parasite transmis par la mouche tsé-tsé), a été la priorité des services de santé coloniaux d'Afrique tropicale pendant la première moitié du XXe siècle[10]. La riche historiographie sur la question reste cependant limitée par son cadrage territorial. On dispose aujourd'hui d'études excellentes sur une série de colonies, du Congo Belge au Soudan anglo-égyptien. Toutes ont eu tendance, en soulignant les spécificités locales des politiques de lutte, à minorer leur dimension internationale. L'histoire comparée a renforcé ce nationalisme implicite, Michael Worboys distinguant ainsi des « styles nationaux » de lutte[11]. Le style français, dans cette perspective, est associé à l'image des campagnes de masse menée par des équipes mobiles de dépistage et de traitement. La faiblesse d'une telle typologie tient dans son déterminisme culturaliste, hérité des récits des médecins coloniaux eux-mêmes: l'un des premiers historiens de la médecine coloniale française, le Dr Léon Lapeyssonnie, explique par exemple la réticence des

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 26

médecins britanniques à adopter les « méthodes françaises » par leur « contradiction avec la philosophie de la colonisation britannique qui voulait intervenir le moins possible dans la vie des indigènes »[12].

Plusieurs pistes existent pour dépasser le cadre national et éviter le recours à ces essentialisations. Helen Tilley a rappelé comment la maladie du sommeil en Afrique est devenue un enjeu international dans la première décennie du XX^e^ siècle, au moment où une épidémie catastrophique, dont l'étiologie est alors inconnue, motive une série d'expéditions de scientifiques européens en Afrique centrale[13]. Les « Commissions d'Études » concurrentes mises en place à partir de 1902 reposent sur des circulations et des emprunts mutuels entre nations européennes[14] et débouchent en 1907, sur l'organisation de la première Conférence Internationale de la Maladie du Sommeil à Londres, et sur la création de la première institution de coordination sanitaire en Afrique, le *Sleeping Sickness Bureau*, hébergée à Londres par le Colonial Office[15]. Ainsi internationalisée « par le haut », la lutte contre la maladie du sommeil a aussi suscité des échanges informels entre chercheurs, bien étudiés par Deborah Neill à propos des recherches en chimiothérapie de l'Allemand Paul Erhlich et de ses réseaux de collaborateurs, dont les contours brouillent ceux des différents Empires[16]. Le constat de la perméabilité des frontières impériales n'est donc plus à faire. Il reste cependant à saisir comment cette internationalisation s'est manifestée sur le terrain colonial[17] et à envisager sa dimension diachronique, dans le cas des anciennes colonies allemandes, à l'occasion de la « passation de pouvoir » au profit des médecins des puissances mandataires.

Pour poursuivre ces analyses, cet article propose de revenir sur un monument historiographique: Eugène Jamot (1879-1937). Considéré comme « l'inventeur de la médecine mobile », principale figure de la médecine coloniale française de l'entre-deux-guerres, Jamot a fait l'objet d'une production historique et mémorielle considérable[18]. Le but n'est pas ici de révéler des aspects inconnus de sa biographie; il s'agit d'en faire un prétexte à enquête. L'article se construit autour d'une histoire croisée franco-allemande, organisée par les rencontres réussies ou manquées de Jamot avec d'autres médecins, et en particulier celui qui fut son alter ego allemand, le Dr Philalethes Kuhn.

Il s'appuie sur l'épisode principal de la carrière de Jamot, la mise en place de la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun à la fin des années 1920. En partant du constat, relativement connu, de l'importance de la référence allemande chez Jamot, l'article replace son parcours au sein d'un chassé-croisé entre médecins allemands et français, qui se succèdent au Cameroun suite à la première guerre mondiale. Ce chassé-croisé est l'occasion de transferts techniques et d'une internationalisation du débat sur la médecine coloniale, que Jamot et ses contemporains utilisent et nourrissent à la fois. S'entrelacent ainsi l'histoire

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 27

allemande de la médecine coloniale française, l'histoire internationale de la médecine tropicale à la SDN et l'histoire postcoloniale de la médecine tropicale allemande, qui se redéploie en Europe après 1918.

Sur un plan méthodologique, l'article suit les propositions de Michaël Werner et Bénédicte Zimmermann, en préférant au cadre de l'histoire comparée une *histoire croisée*, qui envisage simultanément, d'une part, les dispositifs qui permirent *échanges et transferts* (diachroniques) entre médecins allemands et français (dont Jamot), et d'autre part *les pratiques et usages de la comparaison* par les médecins eux-mêmes[19]. L'article étudie ainsi des *croisements*, c'est à dire des intersections spatio-temporelles entre les trajectoires impériales française et allemande, conçues à la fois dans leur relation réciproque et dans leur évolution dynamique propre. Il s'agira en d'autres termes d'envisager l'échange inter-impérial comme « une interaction qui (…) modifie les éléments qui interagissent »[20]; et d'esquisser ainsi une histoire croisée, franco-allemande, de la médecine coloniale.

CHASSE-CROISE FRANCO-ALLEMAND AU CAMEROUN

Pendant les premières années du 20e siècle, la colonie allemande du Kamerun connaît, comme l'AEF et le Congo Belge, une épidémie de maladie du sommeil (*Schlafenkrankheit*) majeure. « L'ouverture » commerciale de la région, le recours généralisé au portage et au travail forcé, l'extension du trafic fluvial et la récolte du caoutchouc sauvage, dont les cours mondiaux atteignent des sommets, provoquent un bouleversement social et écologique propice à l'expansion de la maladie, jusqu'alors confinée dans des foyers localisés et peu virulents. Si la première réaction des médecins allemands est de minimiser l'épidémie, tout en attribuant son origine à l'île espagnole de Fernando Po et au Congo français[21], celle-ci est rapidement perçue comme une menace démographique suffisamment sérieuse pour justifier une intervention de l'État colonial.

Au commencement était l'international

La lutte contre la maladie du sommeil au Kamerun commence en 1912, avec l'arrivée sur place de Philalethes Kuhn (1870-1937), un médecin des troupes coloniales alors au sommet d'une carrière militaire commencée en *Süd-West Afrika* au cours de la campagne des Hereros (1897). Nommé responsable de l'action sanitaire au Kamerun, Kuhn calque son organisation sur le plan conçu par Robert Koch à l'issue de sa mission en *Ost-Afrika* et en Uganda en 1907, qui préconisait, outre le contrôle strict des déplacements des indigènes, un dépistage massif des « porteurs de trypanosomes » et l'isolement et le traitement des malades dans des *konzentrationlager*[22].

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 28

L'organisation allemande a pour centre névralgique le camp de sommeilleux (*schlafenkrankenlager)* d'*Ajoshöhe*, construit en pleine zone d'épidémie, sur une colline défrichée au bord du fleuve Nyong, à une centaine de kilomètres de Yaoundé. Ouvert en Juin 1912, le camp combine des fonctions médicale, administrative, carcérale et scientifique: plus de 250 malades sont internés[23]; deux médecins, un bactériologiste, deux sœurs et trois infirmiers allemands travaillent en permanence au camp, où les malades sont traités à l'atoxyl et soumis à l'expérimentation de nouveaux composés issus de la recherche chimiothérapeutique allemande. Les médecins organisent aussi des tournées de « traitement ambulant » dans toute la région du Nyong, ne ramenant au camp que les cas les plus graves.

Le camp d'*Ajos* assure la centralisation de la lutte à l'échelle de la colonie. En Janvier 1913, s'y tient une conférence présidée par Kuhn, en présence de la plupart des médecins du territoire. Un service spécialisé est créé, autonome du reste du service de santé. Le budget spécial qui lui est alloué mobilise l'essentiel de ressources de la lutte contre les épidémies, en passant, grâce notamment aux contributions directes des compagnies forestières, de 8000 marks en 1910[24] à 631.000 marks pour 1914[25]. L'une des innovations du programme est de quadriller le territoire du Kamerun en « faisceaux d'action » numérotés, correspondant aux principaux foyers épidémiques. Chacun est placé sous la responsabilité d'un médecin aux prérogatives élargies, placé sous l'autorité directe du médecin-chef de la colonie et indépendant des autres autorités administratives pour la conduite de ses tournées de « traitement ambulant ».

Les mesures prises par les médecins allemands s'inscrivent d'emblée dans des échanges avec les médecins français d'AEF[26]. L'arrivée du Dr Kuhn intervient peu après la cession aux Allemands d'une vaste portion du territoire de l'AEF aux frontières sud et est du Kamerun, prévue par le traité d'Agadir en novembre 1911. Le *Neue Kamerun* dont héritent les Allemands est une région de forêt humide, peu peuplée, ravagée par la maladie du sommeil depuis le début du siècle. En prenant ses fonctions, Kuhn dépouille donc les publications et les rapports français sur cette région « complètement infestée ». Il organise en mars 1913 une expédition le long de la Sangha, où il accède aux registres de l'administration française et reçoit « l'aide précieuse » d'un jeune médecin colonial français dépêché spécialement pour faciliter la transition, Gaston Muraz. Kuhn poursuit l'expédition jusqu'à Brazzaville pour étudier les méthodes de lutte française et belge. Il est reçu par la direction du Service de Santé de l'AEF, pour discuter d'un projet d'accord de collaboration transfrontalière, sur le modèle des accords germano-britanniques en vigueur en Afrique de l'Est et au Togo[27]. L'échange ne s'arrête pas là: en mai 1913, le « passeport sanitaire » en vigueur en AEF est reproduit

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 29

en annexe de la circulaire du Gouverneur allemand sur la maladie du sommeil, pour servir de modèle au Kamerun[28].

Kuhn quitte le territoire du Kamerun en 1914 pour rentrer en Allemagne, en laissant derrière lui un service de lutte ambitieux et bien doté, avec une vingtaine de médecins mobilisés (sur les 53 que compte au total le service de santé). Son travail au Cameroun lui donne la matière de plusieurs publications, qui s'appuient sur des statistiques françaises inédites concernant la Sangha. En Juin 1914, alors qu'il défend son mémoire d'habilitation sur le sujet à l'Université de Strasbourg, il conclut en appelant au travail « main dans la main avec les nations voisines » en Afrique centrale. Pour vaincre la maladie du sommeil il faut, dit Kuhn, « que les médecins présents sur place se tendent la main »[29]. L'heure, on l'a compris, semble à l'internationalisme.

Croisement et transferts franco-allemands

Au mois d'Août 1914, les hostilités commencent au Kamerun. Le port de Douala tombe en 9eptembre, abandonné précipitamment par les troupes allemandes, qui laissent intacts les magasins et installations gouvernementales, ainsi que les archives et la bibliothèque de l'hôpital. Des colonnes franco-britanniques (constituées pour l'essentiel de soldats indigènes et de porteurs) se lancent à la poursuite des unités allemandes retranchées dans l'intérieur du pays. Au sud, l'attaque est menée par une colonne franco-belge partie de Brazzaville, qui chasse les troupes allemandes à travers les forêts du sud et de l'est du pays jusque début 1916[30].

Plusieurs médecins français des Troupes Coloniales sont engagés. Le Médecin-chef de la colonne franco-belge est Eugène Jamot, un médecin colonial au parcours atypique: creusois d'origine, formé dans les Facultés de Médecine d'Alger puis de Montpellier, c'est à dire hors du cursus militaire habituel, il a commencé sa carrière africaine au cours de la campagne de « pacification » du Tchad en 1911; remarqué à cette occasion pour ses travaux de naturaliste, il a suivi ensuite une formation scientifique à l'Institut Pasteur à Paris auprès du principal parasitologue français, Félix Mesnil, avant d'être recruté comme sous-directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville, où il arrive juste avant la mobilisation. Pendant la campagne, Jamot s'illustre comme secouriste au plus prés des combats, et parcourt avec la troupe les bassins de la Sangha et du Nyong, où il passe sur les traces des installations allemandes de lutte contre la maladie du sommeil – et constate ses dégâts sur les soldats et les porteurs[31].

Autre médecin engagé dans les combats, Charles Jojot est rapidement affecté à Douala: la ville est administrée par les Britanniques, et Jojot, qui parle anglais, est appelé pour servir d'interprète à l'Hôpital

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 30

et y établir un *French Department* pour accueillir les blessés français. À partir de septembre 1916, la partie orientale de l'ancien Kamerun est officiellement confiée aux administrateurs français (y compris Douala, Yaoundé et l'ensemble du Sud et de l'Est du pays), et Jojot est rattaché au Service de Santé de la nouvelle colonie française. Le médecin-colonel Gustave Martin est dépêché de France pour le diriger et orchestrer la réorganisation sanitaire du Cameroun. Martin est un médecin colonial expérimenté, qui a notamment dirigé le service de santé de la colonie de Guinée; c'est surtout une autorité scientifique, un « pasteurien » parmi les meilleurs spécialistes français de la maladie du sommeil, qui comptait parmi les trois membres de la mission d'études au Congo français de 1907[32]. La tâche qui l'attend est impressionnante: la situation au Cameroun, comme dans les autres ex-colonies allemandes[33], tourne à la catastrophe sanitaire. Deux années de combats, de populations en fuite, de mouvements de troupes, de levées de porteurs et de ponctions en tout genre ont attisé l'épidémie de maladie du sommeil, avant que la grippe espagnole ne touche le pays en 1918.

Les Allemands, dans ce contexte, ne sont pas seulement tenus coupables du désastre sanitaire qui s'annonce; ils sont aussi, par l'organisation qu'ils avaient mise en place, des modèles à suivre. Avant même la fin de la guerre, un transfert de connaissances unique par ses modalités et son ampleur a lieu: dès leur prise de fonctions, les médecins français entreprennent un travail de traduction, au sens littéral du terme, des « savoirs d'État » allemands.

Un « bureau des archives étrangères » est créé à Douala, pour rassembler manuscrits et rapports allemands. Un « officier interprète » s'attelle aux traductions, en particulier des documents concernant le service de santé. Premier résultat, dès 1916: une série de publications signée par des médecins coloniaux français utilise de longs extraits des travaux allemands pour passer en revue l'état sanitaire de la nouvelle colonie[34]. Les sources allemandes sont en l'occurrence un véritable fonds de commerce scientifique, à un moment où les publications allemandes parviennent difficilement en France et où l'on annonce à Paris « l'impossibilité de reprendre les relations personnelles, même en matière scientifique, avec les savants des Empires centraux »[35]. Le *Bulletin de la société de pathologie exotique*, le plus prestigieux des journaux français du domaine, publie ainsi pendant l'année 1919 six articles sur le Cameroun, dont l'un, par Gustave Martin, est consacré exclusivement à l'étude de « l'organisation médicale allemande »[36]. « Nos prédécesseurs au Cameroun ont commis assez de fautes au point de vue colonisation pour que l'on puisse leur rendre justice au sujet de leur organisation médicale dans cette colonie » écrit Martin, avant de détailler les effectifs, le budget et l'organisation du service de santé allemand en 1914[37]. Le chef du service de santé exploite la même veine au long d'un livre entier, intitulé

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 31

L'existence au Cameroun. Publié en 1921 chez Larose, l'ouvrage qui tient à la fois de l'étude de géographie médicale et du manuel de colonisation, consacre prés d'un tiers de ses 500 pages au commentaire de documents allemands. Martin y détaille un vaste plan hygiéniste pour la colonie camerounaise – de l'assainissement des villes aux conseils d'hygiène sexuelle aux colons. En faisant systématiquement référence à la période allemande, l'ouvrage augure du double jeu des médecins coloniaux de l'entre-deux-guerres au Cameroun. D'un coté, mettre à profit les acquis allemands, au besoin par la copie, et en faire l'inspiration d'un utopisme sanitaire; de l'autre, utiliser la comparaison – en dépréciant ou en louant leur prédécesseurs – pour réclamer le soutien de l'État colonial et de la métropole. « Le Cameroun, devenu presque entièrement français depuis la guerre, était pour les Allemands un admirable champ d'expériences coloniales (…). Il serait désastreux, pour notre amour-propre national et pour le prestige de la « grande nation civilisatrice » que la prospérité de ce riche domaine ne s'accroisse pas rapidement entre nos mains.[38] », écrit ainsi le sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris, Albert Calmette, dans sa préface au livre de Martin.

Le transfert le plus évident concerne la lutte contre la maladie du sommeil. Sur le plan documentaire, le rapport de la commission d'Ajos présidée par Philalethes Kuhn connaît une seconde vie: sur plus de cinquante pages, il est reproduit et commenté au chapitre « maladie du sommeil » de l'ouvrage de Gustave Martin, de même que les législations et circulaires allemandes sur la question. Dès la fin de la guerre, il est connu des médecins français au Cameroun, qui y font référence dans leurs écrits[39]. La traduction du programme allemand conduit à des critiques ambivalentes. On reconnaît d'un coté que les Allemands avaient « commencé d'entreprendre une grande œuvre » contre la maladie du sommeil; on leur reproche surtout de l'avoir sabordée. On remarque d'ailleurs que « la Commission d'Ajos paraît s'être basée, pour faire ses propositions, sur les travaux de l'Institut Pasteur de Brazzaville et sur l'expérience des médecins de l'AEF »[40]. D'un autre coté, on raille leur mégalomanie, en soulignant que le programme de Kuhn annonçait « un travail colossal, absolument irréalisable dont la pensée ne pouvait venir à des hommes qui, pour avoir réalisé en Europe des travaux considérables, n'en demeuraient pas moins trop peu familiarisés avec l'échelle de grandeur coloniale »[41]. On ironise même sur les effets catastrophiques des grands travaux d'assainissement lancé autour d'Ajos: en épuisant les manœuvres dans des chantiers de débroussaillage contre la mouche tsé-tsé, « les Allemands avaient trouvé le moyen le plus radical d'abattre le fléau qu'ils combattaient, car si même ils n'étaient pas arrivés à la suppression des glossines meurtrières, du moins auraient-ils supprimé les victimes qui leur étaient promises », écrit-on ainsi dans le premier rapport officiel[42].

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 32

Quel est l'effet de ces lectures ? Sur le plan technique, les convergences entre les méthodes françaises et leurs équivalents allemands d'avant-guerre sont nombreuses: la priorité donné au traitement ambulant; l'usage de l'atoxyl à fortes doses, et en particulier de la technique des « doppelinjectktionnen » (un terme toujours utilisé en allemand); le statut administratif autonome donné au service de lutte; l'octroi de pouvoirs disciplinaires et policiers aux médecins; et plus généralement la définition de la stratégie de lutte comme une « prophylaxie » selon la « méthode de Koch » [sic] – c'est à dire une action préventive à l'échelle *populationnelle*, fondée sur le dépistage exhaustif et le traitement des porteurs de parasite, avec pour but ultime la réduction du « réservoir de virus » collectif, plutôt que la guérison des malades individuels.

Ces convergences reposent sur l'emprunt direct par les Français de « ce qu'il y avait de très bon dans l'œuvre de [leurs] prédécesseurs », comme l'écrit un médecin français[43]. C'est le cas en AEF, où la lutte contre la maladie du sommeil connaît un tournant en 1916, au moment où Eugène Jamot rentre au Congo français. Dès son retour du Cameroun, Jamot parvient en effet à faire promulguer par le Gouverneur Général de l'AEF, Marcel Merlin, un législation très proche du programme allemand, fondée sur la « sectorisation » de l'AEF selon les foyers de trypanosomiase – une notion jusqu'alors absente du vocabulaire français – et sur le traitement « ambulant » des porteurs de parasite par des injections de forte doses d'atoxyl – une approche offensive jusqu'alors très peu utilisée en AEF. Il lance ensuite, en 1917, les premières campagnes mobiles de dépistage et de traitement dans l'Oubangui-Chari. Fort de ce succès, Jamot est renvoyé en mission officielle au Cameroun, en novembre-décembre 1919, afin de donner des recommandations sur la réactivation de la lutte contre la trypanosomiase dans l'ancienne colonie allemande[44].

Le transfert franco-allemand est immédiat: à partir de mai 1920, sous la responsabilité de Charles Jojot, le programme de « prophylaxie de la maladie du sommeil » au Cameroun reprend directement les principes, les installations et même les auxiliaires indigènes du système allemand en vigueur en 1914[45]. Le camp d'Ajos matérialise cette passation de pouvoir. Vidé de ses malades pendant la guerre pour être reconverti par les militaires allemands en camp de prisonniers (*Gefangesenlager*) pour civils européens, le camp tombe en ruine au moment où Charles Jojot et Eugène Jamot le visitent en 1919-1920: « Il ne restait, de l'Ayos allemand, que trois constructions en briques, dont une à peine commencée; les deux autres, un magasin et un hôpital indigène d'une seule pièce, avec leurs toits crevés et leurs fenêtres et portes démolies, rappelaient les régions envahies. Toutes les cases indigènes avaient disparues; la brousse recouvrait leurs emplacements, ainsi que les chemins » écrit Jojot, qui trouve cependant sur place du matériel et des archives[46]. La

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 33

briqueterie allemande est remise en fonctionnement, les bâtiments sont relevés, le site est renommé « Ayos » et le camp retrouve ses fonctions d' « hypnoserie », c'est à dire de « village de ségrégation » des malades les plus atteints, de dispensaire pour les populations locales, de centre de recherches et de base logistique pour les campagnes mobiles. Les tournées de traitement reprennent, planifiées selon les délimitations géographiques des secteurs allemands; les archives allemandes trouvées sur place permettent d'établir, village par village, l'évolution de la maladie depuis 1912.

En 1922, le « nouvel Ayos »[47] fait déjà partie des meilleurs centres de recherches sur la trypanosomiase d'Afrique[48], au moment où Eugène Jamot, après deux ans passés en France, est nommé pour prendre la relève. La suite est connue. Jamot fait d'Ayos sa résidence, logé sur une colline dominant le camp dans une superbe maison La lutte s'intensifie et s'étend à toutes les régions contaminées du pays, avec la création en 1926, financée par la métropole, de la « Mission permanente de la maladie du sommeil », ou « Mission Jamot ». Ayos se transforme en une véritable « ville médicale »[49], connue dans tout l'Empire. C'est aujourd'hui encore le principal « lieu de mémoire » de la médecine coloniale française en Afrique; un lieu dont le passé allemand, malgré ses traces architecturales, a été activement oublié.

LES USAGES DE LA COMPARAISON

Plus encore que la continuité entre systèmes allemands et français, c'est la manière dont la comparaison franco-allemande sert de ressource aux médecins coloniaux qui fait du Cameroun un lieu exceptionnel entre-deux-guerres, propice aux expérimentations biopolitiques[50] et aux carrières de « héros coloniaux ».

En 1922, la Société des Nations entérine la tutelle franco-britannique sur le Cameroun en plaçant le territoire sous le régime des mandats. Le nouveau statut oblige l'administration française à rendre compte de son action coloniale, dans un rapport envoyé et débattu tous les ans à Genève au sein de la Commission Permanente des Mandats (CPM). Il est classique de voir dans ce statut de colonie « à vocation internationale »[51] l'explication du soutien important, relativement aux colonies « normales », reçu par les services médicaux du Cameroun et des autres anciennes colonies allemandes: la visibilité internationale aurait fait en quelque sorte peser une contrainte « humaniste » sur les politiques coloniales. Même si la menace d'une critique publique a bien été le principal levier d'action de la SDN sur les puissances coloniales[52], ce qui se joue dans le domaine sanitaire est cependant plus riche et plus complexe. Le cas du Cameroun montre comment les « rivalités internationales » n'agissent pas « à distance » sur les politiques coloniales, mais comment

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 34

elles font plutôt l'objet d'une élaboration par des entrepreneurs de cause. C'est à travers un travail actif de comparaison que ceux-ci érigent la santé en étalon de « l'effort civilisateur » des différentes nations européennes, et font de l'action médicale l'un des registres favoris de justification et de critique des puissances coloniales.

Jusqu'en 1925, les rapports de l'administration française à la SDN n'ont recours que timidement à la comparaison, en reprenant le registre patriotique des publications de Martin ou Calmette – un registre dont Céline comprendra, en l'évoquant dans *L'Eglise*, le potentiel comique. En 1924, le rapport explique par exemple que les populations camerounaises sont moins réticentes à se faire vacciner que du temps des Allemands car « des instructions on été données pour que les scarifications longues et profondes réutilisées par nos prédécesseurs ne soient plus pratiquées, mais seulement de petites incisions superficielles »[53]. Jusqu'en 1925 cependant, les débats à la CPM ne s'attardent pas sur les questions sanitaires; dans ses rapports l'administration française dédramatise d'ailleurs l'épidémie de trypanosomiase, en se félicitant de n'affronter au Cameroun « qu'un virus atténué »[54].

La donne change fin 1925: l'action sanitaire au Cameroun redevient un objet de comparaison avec les réalisations allemandes d'avant-guerre. Une véritable « crise allemande de la médecine coloniale française » se noue[55], dont le mécanisme et les effets sont révélés par la création de la Mission Jamot en 1926. L'obtention par Jamot d'un soutien financier du Ministère des Colonies pour étendre ses activités au Cameroun – un fait unique à l'époque, où la règle est à l'auto-financement par les colonies de leur service de santé – est une page édifiante de sa biographie, généralement traitée comme le moment où Jamot révèle ses talents de persuasion face à un univers médico-politique parisien réputé hostile[56]. Si les péripéties sont connues, la séquence qui mène à la création de la mission Jamot mérite que l'on s'y arrête: elle révèle Jamot comme un entrepreneur de cause typique, qui construit la crise qu'il propose de résoudre, en la traduisant de manière originale (à l'époque) dans les termes d'une urgence à la fois démographique et humanitaire (Jamot utilise notamment des images d'enfants décharnés), et en recrutant autour de cette cause une coalition mêlant notabilités médicales parisiennes, scientifiques pasteuriens, administrateurs coloniaux, industriels de la pharmacie et publicistes[57].

La chronologie révèle surtout le rôle décisif joué par la menace des convoitises allemandes sur le Cameroun, que Jamot fait exister en même temps qu'il l'instrumentalise. En Allemagne, l'année 1925 voit en effet s'organiser politiquement le lobby colonial, qui mène une campagne de presse pour critiquer l'administration française dans les mandats africains. Le manque de moyens consacrés par la France à la santé publique devient même, à partir de la mi-1925, le noyau dur des

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 35

attaques allemandes. Les articles parus Outre-Rhin sont commentés en France[58], au moment où l'entrée des Allemands à la Société des Nations est annoncée (suite aux accords de Locarno), ravivant les craintes liées à leurs revendications coloniales. Si le Ministère des Colonies proteste officiellement, plusieurs rapports et correspondances classés « secrets » insistent pour souligner la véracité des critiques allemandes sur le manque de médecins au Cameroun. Les attaques continuent Outre-Rhin quand, début 1926, Eugène Jamot profite de son congé pour faire une « tournée » à Paris, en multipliant conférences et publications[59]. Il présente pour la première fois la maladie du sommeil au Cameroun comme une catastrophe démographique imminente, faute d'un soutien énergique à l'action du service de santé. En février 1926, il publie un article dans *l'Illustration*, conçu comme une réponse aux critiques allemandes dont il souligne, non sans une certaine habileté, le bien-fondé et la malveillance[60]. Le médecin convainc: en Avril, après avoir auditionné Jamot et le gouverneur du Cameroun, le Ministère des Colonies annonce le financement spécial d'une « mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil au Cameroun »[61]. En Juin, la CPM examine le travail de la France[62]. C'est le Gouverneur du Cameroun lui-même qui se déplace pour répondre aux remarques de la Commission: il choisit d'axer son discours sur la question démographique et la « santé des peuples indigènes ». Sommé de s'expliquer sur la « diminution du nombre des médecins au Cameroun » et de répondre « aux accusations d'une certaine presse »[63], le gouverneur Marchand annonce que « l'organisation de la mission permanente de la maladie du sommeil augmentera le nombre des médecins » dans le mandat français; au cours des débats il reçoit l'aide du directeur des Affaires Politiques du Ministère des Colonies, qui exhume des rapports allemands d'avant-guerre pour rappeler les difficultés des Allemands eux-mêmes à recruter des médecins au Kamerun, et pour contester les décomptes utilisés dans la presse. La ténacité des représentants français est récompensée: la CPM clôt la séance en félicitant la France de l'action entreprise dans le domaine sanitaire[64].

L'arrangement entre le médecin colonial et l'administration impériale fonctionne ainsi à double sens: soutien financier pour l'entreprise de Jamot contre chiffres, images et récits pour les argumentaires des diplomates. Dès 1926 cependant, il ne va pas sans tensions: en reprenant les comparaisons de la presse allemande, Jamot donne un retentissement public à une « question allemande » qui reste embarrassante. L'épouvantail allemand est ainsi son meilleur allié politique et l'un de ses modèles organisationnels – l'ambivalence lui vaudra même d'être accusé en coulisse de propagande pro-germanique.

Au delà du cas Jamot, le tournant de 1925 marque une internationalisation des débats sur la médecine coloniale et une « médicalisation » des

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 36

débats sur les mandats africains.

Premier effet, l'État français renforce, dans ses mandats camerounais et togolais, un appareil de « propagande » chargé notamment de rédiger, d'éditer et d'illustrer les rapports à la SDN. Dans le même temps, les budgets *per capita* consacrés à la santé publique au Togo et au Cameroun s'envolent, comparés à ceux de l'AEF et de l'AOF[65].

Les efforts français n'empêchent pas les débats à la SDN de revenir, année après année, sur la question sanitaire et la lutte contre la maladie du sommeil. L'entrée d'un représentant allemand à la CPM, en 1927, rend rituelles les escarmouches sur la question, qu'alimentent régulièrement des critiques parues dans la presse allemande. Ancien administrateur au Cameroun, ancien délégué allemand à Versailles et figure du lobby colonial, le représentant Julius Rüppel[66] se fait ainsi une spécialité d'utiliser les publications scientifiques de Jamot – qu'il félicite publiquement à plusieurs reprises – pour mettre en difficulté, par des questions techniques, les représentants français[67].

Critiques et contre-attaques s'internationalisent. Les Allemands insistent sur les insuffisances des services de santé coloniaux pour réclamer, d'une part, l'accès des colonies africaines aux médecins allemands[68], et d'autre part la création d'une organisation internationale, dans le cadre de la SDN, spécifiquement axée sur la lutte contre la maladie du sommeil. En 1930-31, les Allemands s'en prennent en particulier aux médecins belges du Congo et du Ruanda-Urundi[69]. A Bruxelles comme à Paris, les « accusations mensongères » des articles allemands sont minutieusement archivées, et l'on tente de mettre sur pied une réponse concertée entre médecins français et belges. Interrogé par un confrère belge, Félix Mesnil, le spécialiste français de la trypanosomiase, veut ne pas s'inquiéter: « nous avons donné (…) une grande publicité au travail fait par la mission Jamot au Cameroun, et si la question était soulevée à Genève, nous pourrons répondre. (…) [Les] meilleurs dénégations à apposer aux affirmations tendancieuses des Allemands étant d'apporter des faits, des chiffres montrant l'effort produit et le résultat obtenu »[70]. Au fil des correspondances inquiètes s'expérimentent des collaborations inter-impériales (franco-belges ici) pour définir une défense commune des colonialismes européens, par le chiffre et l'image, contre les attaques de « l'international » – perçu comme un cheval de Troie allemand.

L'expérience des mandats sert ici de banc d'essai aux techniques et institutions chargées de produire la « légitimité » des puissances coloniales sur la scène internationale, qui deviendront des rouages centraux de la gouvernementalité coloniale de l'après 1945[71].

Seconde manifestation de cette internationalisation, le Comité d'Hygiène de la SDN (CHSDN) renforce ses initiatives dans le domaine colonial, en finançant par exemple le voyage d'études organisé par le Dr

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 37

Destouches (Céline) en Afrique Occidentale, qui conduit une délégation d'une vingtaine de médecins européens à travers les colonies françaises, portugaises et britanniques d'Afrique occidentale, entre mars et juin 1926[72]. Plus spécifiquement le CHSDN se concentre sur la question de la maladie du sommeil. Depuis 1922, la SDN avait initié et soutenu des échanges scientifiques dans le cadre de la lutte contre la trypanosomiase et la tuberculose en Afrique. Une commission d'experts créée en Novembre 1922, qui comptait notamment Gustave Martin, mis à contribution à son retour du Cameroun, avait dressé l'état des lieux de la lutte dans les différentes colonies africaines dans deux rapports publiés par le Comité d'Hygiène en 1923 et 1925[73]. En suivant leurs recommandations, la Société des Nations organise à Londres en Mai 1925 une « conférence internationale de la maladie du sommeil », en présence d'une vingtaine de délégués français, belges, britanniques, portugais et espagnols, issus à la fois des rangs des médecins coloniaux (comme Gustave Martin) et des grandes institutions scientifiques métropolitaines (comme Félix Mesnil). Les discussions portent sur les modalités de coopération entre les puissances impériales et débouchent sur la création d'une « Commission internationale » chargée de mener des recherches sur le terrain[74]. En Juin 1926, la « Commission Internationale de la Société des Nations pour l'étude de la Trypanosomiase Humaine », s'installe à Entebbe, en Uganda. Cinq spécialistes de la maladie du sommeil y sont réunis pour plusieurs mois, pour mener travaux de laboratoire et campagnes sur le terrain[75]. Parmi eux un Allemand: Friedrich Kleine, l'ancien adjoint de Robert Koch pendant sa mission en Afrique de l'Est et l'un des principaux spécialistes allemand de médecine tropicale. Sa présence scelle le retour des allemands dans le débat international sur la médecine coloniale. Elle confirme aussi la place unique du Cameroun dans l'histoire de la médecine tropicale internationale: à l'instar de Jamot et de Martin, Kleine est un vétéran de la guerre de 1914-1918 au Kamerun, où il fut surpris par le déclenchement des hostilités[76].

Les effets de cette internationalisation sont visibles sur le terrain, avec l'organisation de campagnes transfrontalières et l'établissement d'accords bilatéraux, franco-belge notamment[77]. Mais toute idée d'accord international est écartée et l'on se limite à invoquer la nécessité de collaborer; la méfiance des Français et des Britanniques envers l'idée d'un dispositif de contrôle supra-national reste grande. Des pistes sont données pour la standardisation des données épidémiologiques et des méthodes de lutte, qui ne seront pas effectivement suivies. Une seconde conférence internationale, organisée à Paris en 1928, réaffirmera cet agenda internationaliste dans les mêmes termes, sans plus d'effets matériels[78].

Ces annonces mises à part, le principal effet des échanges entre médecins dans le cadre du CHSDN est plutôt la constitution d'un

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 38

réseau de sociabilités, fondé autant sur la rivalité scientifique que sur le partage d'un ethos colonial. La mission d'Entebbe, où cinq spécialistes européens passent de longs mois ensemble, donne un exemple de l'intensité de cet internationalisme colonial, qui s'ajoute aux échanges informels évoqués dans les rapports des grandes conférences internationales. Au sein de ces réseaux d'interconnaissance, où l'on compte plusieurs anciens du Cameroun, s'échangent techniques et théories: on sait par exemple que les contacts avec les médecins belges, Emile Lejeune en particulier, au cours de la conférence de médecine tropicale de Loanda (1923) ont été décisifs pour l'élaboration par Jamot de « sa » méthode[79]. S'y définissent aussi, parfois par l'humour, des stéréotypes nationalistes sur les différentes « styles » de lutte. Kleine, se souvenant dans son autobiographie de la conférence de Londres, évoquera ainsi un médecin belge assis à ses côtés lui glisser cette plaisanterie: "pour lutter contre la maladie du sommeil, les Britanniques déplacent les indigènes des régions touchées, les Allemands débroussaillent et développent l'agriculture, et les Belges… écrivent des rapports "[80]. Échanges internationaux et imagination nationaliste vont de pair: autant dire qu'il est vain pour l'historien de vouloir identifier des différences « essentielles » entre les médecines coloniales européennes, sans rendre compte du jeu de miroirs croisés où les médecins eux-mêmes les élaborent.

Relevons enfin un effet paradoxal de ces échanges inter-impériaux: alors qu'on pourrait s'attendre, selon l'hypothèse classique du rôle réformiste de la SDN, à ce que le « regard et la censure internationaux »[81], en faisant de la lutte contre la maladie du sommeil une vitrine, ménagent un espace pour une critique des pratiques coercitives des médecines coloniales, c'est au contraire une surenchère réactionnaire qui se lit dans les conclusions des travaux des experts de la SDN – qui recommandent par exemple à Paris l'octroi des pouvoirs de police aux médecins. La comparaison inter-impériale fonctionne ici comme un espace d'échange de lieux communs sur « l'ignorance indigène », la nécessité de la « contrainte légale » et la grandeur des médecins coloniaux. Il semble ainsi que les conférences, voyages d'études et commissions internationales servent de véritable écoles de la réaction, en permettant la socialisation au racisme colonial de figures métropolitaines envoyées en mission d'études (comme dans le cas des missions de Céline, de Lavier ou de Brumpt, dans le cas français). La comparaison et la publicité internationale sont ainsi l'un de moteur de l'escalade dans l'utopisme hygiéniste qui marque les projets de lutte contre la maladie du sommeil au cours des années 1930 et 1940, avec les expériences d'Anchau au Nigeria, du Haut-Nyong au Cameroun ou de Swynnerton au Tanganyika[82]. En d'autres termes, l'internationalisation de la médecine coloniale à la SDN a eu des effets considérables sur la conception et l'application des programmes sanitaires coloniaux – non pas en tant

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 39

que programmes internationaux, puisque ceux-ci sont restés pour l'essentiel à l'état de projets – mais précisément en tant que ressource et contrainte de l'action sanitaire dans les différentes colonies. La biopolitique coloniale doit ainsi à son internationalisation une bonne part de sa démesure – voire de son nihilisme[83] – en même temps que la résolution d'une partie de ses difficultés chroniques à obtenir le soutien matériel et financier des Etats impériaux.

CONCLUSION: RETOURS EN EUROPE

Reprenons, pour conclure, l'un des fils du croisement franco-allemand au Cameroun: celui des médecins allemands vaincus. Comment se déroule leur « retour à la maison » et quelles sont les manifestations de la « décolonisation » de la médecine coloniale allemande après 1918 ?

On connaît bien, grâce au travail de Wolfgang Eckart et de Paul Weindling, la trajectoire post-coloniale de la médecine tropicale allemande[84]. Sur un plan scientifique, elle est marquée par la relocalisation à l'Est des « tropiques » en tant que terrain expérimental, en particulier lors de la famine de Russie, qui devient un laboratoire d'interventions médico-sanitaire et un champ d'expérimentation et d'enquête épidémiologique[85]. Grâce au lien germano-russe en particulier, la médecine tropicale allemande se renouvelle ainsi sans ses colonies ; elle continue de prendre part à la compétition internationale dans le domaine et son succès devient même un argument majeur, comme on l'a vu à propos du Cameroun, du revanchisme colonial. L'épopée de la *Germanin* (ou Bayer 205) en a donné un exemple spectaculaire[86]. Molécule découverte et produite par la firme Bayer en 1920, la Germanine est présentée comme le remède miracle contre la maladie du sommeil, après avoir été testée en Russie, puis lors d'une mission menée par Friedrich Kleine au Congo Belge et en Rhodésie[87]. Sa formule est gardée secrète, et l'on propose même outre-Rhin de l'échanger … contre la restitution des colonies allemandes, avant qu'elle ne soit « élucidée» par Ernest Fourneau à l'Institut Pasteur de Paris en 1924. Bien que sceptique sur son efficacité, les Français et les Belges utiliseront le Bayer 205, après l'avoir renommé respectivement « Moranyl » (peut-être une allusion au fort de Mora, dernier bastion allemand à tomber au Cameroun en 1916) et, sans équivoque côté belge, « Belganyl ».

La biographie de Philalethes Kuhn, le fondateur malheureux du camp d'Ajos, illustre comment le retour des médecins coloniaux allemands a participé à l'essor de l'hygiène raciale et de la médecine nazie. De retour du Kamerun quelques mois avant la guerre, Kuhn réussit sa reconversion: à un accident de parcours près (il est d'abord nommé à l'Université de Strasbourg… qu'il est forcé de quitter après la défaite), il parvient à valoriser scientifiquement son expérience coloniale, en

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 40

publiant largement sur la maladie du sommeil au Cameroun[88], mais surtout en transposant son bagage et ses visions d'hygiéniste colonial dans le champ de l'eugénisme et de la « science raciale ». Nommé Professeur d'Hygiène à Dresde en 1920, puis à Giessen en 1926, Kuhn s'affirme ainsi comme un théoricien en vue de l'hygiène raciale. Il publie, chez l'éditeur Lehmann (qui joue alors le rôle de plaque tournante de la mouvance médicale nazie), un manuel eugéniste *Von deutschen Ahnen für deutsche Enkel*, qui sera ré-édité trois fois jusqu'en 1943[89].

Kuhn, le créateur de *l'Ajos* allemand, connaît l'apogée de sa carrière en même temps que Jamot, à la fin des années 1920. Leurs itinéraires divergent ensuite: au moment où Jamot connaît la disgrâce (mis à pied en 1930, puis de nouveau désavoué en 1935 après une brève expérience en Afrique Occidentale Française[90]), Kuhn poursuit un itinéraire médico-politique au sommet – à l'avant garde de la science nazie, en l'occurrence: après avoir compté dès les années 1920 parmi les soutiens scientifiques d'Hitler[91], il entre au NSDAP en 1931, et consacre dès 1933 une série d'écrits à la « solution de la question juive »[92]. Alors que Jamot, en 1935, est redevenu simple médecin de campagne, l'engagement nazi de Kuhn lui vaudra les honneurs du *Führer* en personne: Adolf Hitler lui écrit le 6 juin 1935, lors de son départ en retraite, pour le remercier « de son enseignement et de sa contribution à la vitalité du national-socialisme et de notre Peuple »[93]. Cet itinéraire glaçant, qui va des rêveries hygiénistes coloniales au programme concentrationnaire nazi, n'a rien d'exceptionnel: par exemple le spécialiste de la malaria Claus Shilling, qui échangeait des compliments à l'Institut Pasteur de Brazzaville avec Gustave Martin avant la première guerre mondiale, finira sur le banc des accusés à Nuremberg[94].

Le 24 avril 1937, Eugène Jamot meurt dans la Creuse – « seul et abandonné », aimeront raconter ses biographes. Quelques mois plus tard, le 7 août 1937, Philalethes Kuhn s'éteint à son tour, célébré dans les nécrologies qui paraissent alors comme un grand médecin nazi. L'apothéose, pour Jamot, viendra plus tard, au moment de l'indépendance du Cameroun, où il sera consacré comme le héros de « l'amitié franco-africaine » et de l'éradication (croit-on alors) de la maladie du sommeil. L'oubli, pour Kuhn, viendra lui aussi plus tard, quelques années après la dernière ré-édition, en pleine guerre mondiale, de son ouvrage appelant à éliminer les juifs « jusqu'au dernier »[95]. Jusque dans leurs mises en mémoire se croisent ainsi, une dernière fois, les trajectoires des deux figures médicales les plus importantes de l'histoire coloniale du Cameroun; deux « entrepreneurs de cause » qui ne se sont sans doute jamais rencontrés, mais qui partagèrent et s'empruntèrent, en se succédant à Ayos, les visions éradicatrices et les techniques de la médecine coloniale.

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 41

NOTES

1 Cette recherche a été présentée le 17 février 2006 lors du séminaire consacré aux échanges scientifiques franco-allemands du Centre d'Histoire Sociale de l'Islam Méditerranéen, (EHESS), Paris et lors de la journée d'études « Mandats et santé » à l'Institut des Sciences Humaines de Lyon, le 12 mars 2010. Je n'avais pas connaissance à ce moment des excellents travaux de Deborah Neill sur le Cameroun, publiés dans le livre *Networks in Tropical Medicine* (Stanford : Stanford University Press, 2012), dont les perspectives rejoignent en partie celles de cet article.
2 Louis Ferdinand Céline, *L'Église* (Paris : Gallimard, 1952), p. 45-46.
3 Louis-Ferdinand Céline, *Lettres et premiers écrits d'Afrique, 1916-1917* (Paris : Gallimard, 1978).
4 Philippe Blaise Essomba, *Le Cameroun : les rivalités d'intérêts franco-allemandes de 1919 à 1932* (Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg, 2004); Richard A. Joseph, « The German Question in French Cameroun, 1919-1939 », *Comparative Studies in Society and History*, 17, 1 (1975) : 65-90; et Achille Mbembe, *La naissance du maquis dans le Sud Cameroun, 1920-1960* (Paris : Karthala, 1996).
5 Warwick Anderson, « Where Is the Postcolonial History of Medicine? », *Bulletin of the History of Medicine*, 72, 3 (1998) : 528.
6 Ann Laura Stoler et Frederick Cooper, « Between Metropole and Colony : Rethinking a Research Agenda », dans Frederick Cooper et Ann Laura Stoler, eds., *Tensions of Empire: Colonial Cultures in a Bourgeois World* (Berkeley : University of California Press, 1997), p. 27-29.
7 Romain Bertrand, « Vérités d'empire(s). La question des continuités du colonial au prisme de l'histoire impériale comparée », *Legs colonial et gouvernance contemporaine*, vol. 2 (Paris : FASOPO, 2006); Véronique Dimier, *Le gouvernement des colonies, regards croisés franco-britanniques* (Bruxelles : Editions de l'Université de Bruxelles, 2004) ; et Ann L. Stoler, « Tense and Tender Ties: The Politics of Comparison in North American History and (Post)Colonial Studies », *Journal of American History*, 88 (2001) : 829-865.
8 Par exemple au 19e siècle : Christophe Charle, « L'élite universitaire française et le système universitaire allemand (1880-1900) », dans Michel Espagne et Michael Werner, eds., *Transferts, les relations interculturelles dans l'espace franco-allemand : XVIIIe et XIXe siècle* (Paris : Ed. Recherches sur les Civilisations, 1988), p. 345-358.
9 Stoler, « Tense and Tender Ties », p. 862.
10 Jean-Pierre Dozon, « Pasteurisme, médecine militaire et colonisation », dans Michel Morange, ed., *L'Institut Pasteur. Contributions à son histoire* (Paris : La Découverte, 1991), p. 269-78 ; Jean-Pierre Dozon, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*, III, 3-4 (1985) : 27-56; Maryinez Lyons, *The Colonial Disease: A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940* (Cambridge et New York: Cambridge University Press, 1992) ; Rita Headrick, *Colonialism, Health and Illness in French Equatorial Africa, 1885-1935* (Atlanta : African Studies Association Press, 1994) ; et Heather Bell, *Frontiers of Medicine in the Anglo-Egyptian Sudan, 1899-1940* (Oxford : Oxford University Press, 1999).
11 Michael Worboys, « The Comparative History of Sleeping Sickness in East and Central Africa, 1900-1914 », *History of Science*, 32 (1994) : 89-102.
12 Léon Lapeyssonnie, *La Médecine coloniale. Mythes et réalités* (Paris : Robert Laffont, 1988), p. 260.
13 Helen Tilley, « Ecologies of Complexity : Tropical Environments, African Trypanosomiasis, and the Science of Disease Control in British Colonial Africa, 1900-1940 », *Osiris*, 19, numéro spécial : Landscapes of Exposure: Knowledge and Illness in Modern Environments (2004), 21-38.
14 Michael Worboys, « The Emergence of Tropical Medicine: A Study in the Establishment of a Scientific Speciality », dans Gerard Lemaine et al., eds., *Perspectives on the*

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 42

Emergence of Scientific Disciplines (Mouton: Aldine, 1976), p. 75; et David Arnold, ed., *Warm Climates and Western Medicine : The Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900* (Amsterdam : Rodopi, 1996).

15 Helen Tilley, « Africa as a «Living Laboratory » : The African Research Survey and the British Colonial Empire: Consolidating Environmental, Medical, and Anthropological Debates, 1920-1940 », D. Phil Thesis, University of Oxford, 2001.

16 Deborah Neill, « Paul Ehrlich's Colonial Connections : Scientific Networks and the Response to the Sleeping Sickness Epidemic, 1900-1914 », *Social History of Medicine*, 22, 1 (2009) : 61-77.

17 Sur ce point, on peut se reporter aux travaux en cours de Myriam Meertens sur le Congo Belge.

18 Pour un bilan cf. Jean-Paul Bado, *Eugène Jamot, 1879-1937. Le médecin de la maladie du sommeil ou trypanosomiase* (Paris : Karthala, 2011).

19 Michael Werner et Bénédicte Zimmermann, « Penser l'histoire croisée: entre empirie et réflexivité », *Annales HSS*, 58, 1 (2003) : 7-34.

20 Werner et Zimmermann, « Penser l'histoire croisée », p. 32.

21 Gustave Martin, *L'Existence au Cameroun. Études sociales, Études médicales, Études d'hygiène et de prophylaxie* (Paris : Emile Larose, 1921), p. 200.

22 R. Koch, M. Beck et F Kleine, *Bericht über die Tätigkeit der zur Erforschung der Schlafkrankheit im Jahre 1906/07 nach Ostafrika entsandten Kommission* (Berlin : J. Springer, 1909).

23 Martin, *L'Existence au Cameroun*, p. 179.

24 Harry R. Rudin, *Germans in the Cameroons, 1884-1914 : A Case Study in Modern Imperialism* (London : Jonathan Cape, 1938), p. 351.

25 G. Martin, « L'organisation médicale allemande au Cameroun, » *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 12 (1919) : 533.

26 Mentionnons le voyage de Claus Shilling au Congo (Archives de l'Institut Pasteur, Fonds Société de Pathologie Exotique, Boite MES 9 (Félix Mesnil), 1907) ; et du Dr Haberer en AEF (1911), mentionné dans Wolfgang U. Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus. Deutschland 1884-1945* (Munich et Zurich : Verlag, 1997), p. 204 ; Pr. Haberer, « Vom Kongo und Neu-Kamerun, » *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 51 (1911) : 2386-2389.

27 Philalethes Kuhn, « Die Schlafenkrankheit in Kamerun », *Medizinische Klinik*, 27 (1914): 1134; Headrick, *Colonialism, Health and Illness*, p. 90, n.12; Emil Steudel, « Epidemiologische Betrachtungen über die Wege der Schlafenkrankheit und ihre Ausbreitung durch den Weltkrieg » *Africa : Journal of the International African Institute*, 2, 2 (1929) : 109.

28 Martin, *L'Existence au Cameroun*, p. 179, 196.

29 Kuhn, « Die Schlafenkrankheit in Kamerun », p. 1135.

30 Joseph Gauderique Aymérich, *La conquête du Cameroun, 1er août 1914-20 février 1916* (Paris : Payot, 1933).

31 Dr Brau, « La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, 23 (1925) : 421.

32 Headrick, *Colonialism, Health and Illness,* p. 77-81.

33 Steudel, « Epidemiologische Betrachtungen über die Wege der Schlafenkrankheit und ihre Ausbreitung durch den Weltkrieg ». Sur le Tanganyika, cf. John Iliffe, *A Modern History of Tanganyika* (Cambridge : Cambridge University Press, 1979), p. 270-272.

34 Dr Ch. Jojot, « Note sur la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun 1913-1914 », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 9 (1916) : 303-305.

35 A. Laveran, « Allocution du Président », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 12 (1919) : 7-8.

36 L. Rousseau, « Filariose au Cameroun », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 12

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 43

(1919) : 35-51; Rousseau, « Alimentation de Douala en eau potable », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 12 (1919) : 192-202; Rousseau, « Parasitisme intestinal à Douala et dans la région forestière du Cameroun. Nématodes. Protozoaires. Cestodes », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 12 (1919) : 244-58; Rousseau, « Notes sur la Syphilis et le Pian au Cameroun », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 12 (1919) : 407-416; G. Martin, « L'organisation médicale allemande au Cameroun » et « La Lèpre au Cameroun », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 12 (1919) : 613-621.

37 Martin, « L'organisation médicale allemande au Cameroun ».

38 Albert Calmette, préface, p. v-vi. Martin, *L'Existence au Cameroun*.

39 Jojot, « Note sur la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun 1913-1914 » ; et Martin, « L'organisation médicale allemande au Cameroun ». Par un court-circuit significatif, c'est ainsi par le biais de sources françaises que ce document de l'Etat impérial allemand est aujourd'hui accessible – Wolfgang Eckart ne le cite pas dans son étude de la médecine coloniale allemande (Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus. Deutschland 1884-1945*).

40 *Rapport au Ministre des Colonies sur l'administration des territoires occupés du Cameroun, de la conquête au 1er juillet 1921* (Paris : Ministère des Colonies, 1921), p. 433.

41 *Rapport au Ministre des Colonies*, p. 433.

42 *Rapport au Ministre des Colonies*. p. 433.

43 Brau, « La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun », p. 422.

44 Headrick, *Colonialism, Health and Illness*, p. 345-351.

45 Le secteur de Doumé récupère ainsi « huit anciens infirmiers allemands » : Brau, « La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun », p. 422.

46 Cité dans Brau, « La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun », p. 409.

47 Dr Ch. Jojot, « Le secteur de prophylaxie de la maladie du sommeil du Haut-Nyong (Cameroun) », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, 14 (1921) : 433.

48 Brau, « La lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun », p. 423.

49 L'expression apparaît dans la presse métropolitaine pendant les années 1930. CAOM, AGEFOM 913/2736, Dossier Santé Cameroun, coupures de presse.

50 J'utilise ce terme de Michel Foucault au sens large d'une politique de la population considérée en tant qu'entité biologique, dans un acception moins restreinte que celle que le terme prend dans l'œuvre la plus tardive de Foucault (où elle s'identifie à un modèle libéral de gouvernementalité, qui repose sur la production de sujets éthiques). Pour une discussion sur la transposition de ces concepts dans le contexte colonial, je me permets de renvoyer à Guillaume Lachenal, « Le médecin qui voulut être roi. Médecine coloniale et utopie au Cameroun », *Annales HSS*, 65, 1 (2010) : 121-156.

51 Pour reprendre une expression de Robert Delavignette (gouverneur du Cameroun en 1946-47), CAOM, Fond Delavignette, FP 19 PA/4/54, dossier 53.

52 Michael D. Callahan, *Mandates and Empire: the League of Nations and Africa, 1914-1931* (Brighton : Sussex Academic Press, 1999) ; Michael D. Callahan, *A Sacred Trust : The League of Nations and Africa, 1929-1946* (Brighton : Sussex Academic Press, 2004).

53 *Rapport Annuel du Gouvernement Français sur l'Administration sous mandat des Territoires du Cameroun pour l'année 1924* (Paris : Imprimerie Générale Lahire, 1925), p. 41.

54 *Rapport Annuel du Gouvernement Français sur l'Administration sous mandat des Territoires du Cameroun pour l'année 1922* (Paris : Imprimerie Générale Lahire, 1923), p. 33.

55 Claude Digeon, *La crise allemande de la pensée française (1870-1914)* (Paris : Presses universitaires de France, 1959).

56 Josiane Tantchou, *Epidémie et politique en Afrique. Maladie du sommeil et tuberculose au Cameroun* (Paris : L'Harmattan, 2007).

57 Guillaume Lachenal et Bertrand Taithe, « Une généalogie missionaire et coloniale de l'humanitaire : le cas Aujoulat au Cameroun, 1935-1973 », *Le Mouvement Social*, 227 (2009) : 45-63.

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 44

58 *Koloniale Rundschau*, 15 décembre 1925. Sur l'importance du Cameroun dans les revendications coloniales allemandes cf. Essomba, *Le Cameroun: les rivalités d'intérêts franco-allemandes de 1919 à 1932*, p. 63-94. L'importance de Jamot dans la comparaison franco-allemande est souligné à plusieurs reprises dans le *Bulletin du Comité de l'Afrique Française*. Par exemple L. Tanon, « Il faut sauver l'Afrique noire », *Bulletin du Comité de l'Afrique Française*, 4 (avril 1926) : 160-164.
59 Jean-Paul Bado, *Eugène Jamot, 1879-1937*, p. 205-224.
60 *L'Illustration,* 27 février 1926.
61 Le décret créant une « mission permanente de la maladie du sommeil » paraît au Journal Officiel du 10 juillet 1926.
62 Callahan, *Mandates and Empire*, p. 146-148 et p. 260, n.19.
63 Société des Nations, « Neuvième session 8-25 juin 1926 », *Rapports des puissances mandataires, soumis au Conseil de la Société des Nations et examinés par la Commission permanente des mandats.* (Genève : Société des Nations, 1926), p. 74.
64 Société des Nations, « Neuvième session 8-25 juin 1926 », p. 74.
65 Headrick, *Colonialism, Health and Illness,* p. 405-406.
66 Il succède en 1930 à Ludwing Kastle (représentant entre 1927 et 1930).
67 Par exemple, Société des Nations, « Dix-neuvième session », *Rapports des puissances mandataires, soumis au Conseil de la Société des Nations et examinés par la Commission permanente des mandats.* (Genève: Société des Nations, 1930) ; Société des Nations, « Onzième session », *Rapports des puissances mandataires, soumis au Conseil de la Société des Nations et examinés par la Commission permanente des mandats.* (Genève : Société des Nations, 1927).
68 Un des arguments donnés est celui de la surpopulation médicale en Allemagne. Essomba, *Le Cameroun*, p. 66.
69 Archives Africaines (Bruxelles), Hygiene (4405), *Maladie du sommeil, 1902-1946.*
70 Archives Africaines (Bruxelles), Hygiene (4405), *Maladie du sommeil, 1902-1946*.
71 Vincent Bonnecase, « Pauvreté au Sahel: la construction des savoirs sur les conditions de vie au Burkina Faso, au Mali et au Niger (1945-1974) », Thèse de doctorat en histoire (Université Paris I, 2008).
72 Frédéric Vitoux, *La vie de Céline* (Paris : B. Grasset, 1988), p. 164-165, 155.
73 Andrew Balfour, Gustave Martin, Jean Émile Van Campenhout, A. G. Bagshawe, *Rapport provisoire sur la tuberculose et la maladie du sommeil en Afrique équatoriale présenté au Comité d'hygiène le 26 mai 1923. Société des nations. Section d'hygiène,* (Genève : Société des Nations, 1924).
74 Health Organization League of Nations, *Minutes of the International Conference on Sleeping Sickness held in London at the Colonial Office from May 19th to 22nd, 1925. CH 334* (Geneva : League of Nations, 1925).
75 Health Organization League of Nations, *Report of the Second International Conference on Sleeping-Sickness held in Paris, November 5th to 7th, 1928. CH 743* (Geneva : League of Nations, 1928).
76 Friedrich Karl Kleine, *Ein Deustcher Tropenarzt* (Hannover : Schmorl& von Seefeld, 1949), p. 66-77.
77 « Convention franco-belge sanitaire comportant une série de mesures propores à préserver notre A.E.F et le Congo Belge contre le danger des maladies épidémiques (J.O. du 4 septembre 1931) », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, 29 (1931) : 925-928.
78 League of Nations, *Report of the Second International Conference on Sleeping-Sickness, CH 743*.
79 P.G. Janssens, « Eugène Jamot et Emile Lejeune. Pages d'histoire », *Annales de la Société Belge de Médecine tropicale*, 75 (1995) : 1-12.
80 Kleine, *Ein Deustcher Tropenarzt*, p.99.
81 Dimier, *Le gouvernement des colonies.*

CBMH 30.2_Lachenal Sep 19 2013 17:10:13 Page 45

82 Sur l'expérience du Haut-Nyong, cf. Lachenal, « Le médecin qui voulut être roi », p. 121-156. Sur Swynnerton et sur l'expérience Anchau, cf. John J. McKelvey, *Man Against Tsetse : Struggle for Africa* (Ithaca N.Y.: Cornell University Press, 1975).
83 Sur le nihilisme médical colonial, cf. Lachenal, « Le médecin qui voulut être roi », 121-156.
84 Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*; Paul Weindling, *Epidemics and Genocide in Eastern Europe, 1890-1945* (Oxford et New York : Oxford University Press, 2000).
85 Weindling, *Epidemics and Genocide in Eastern Europe,* p . 177-178; Wolfgang U. Eckart, « Creating Confidence » : Heinz Zeiss as a Traveller in the Soviet Union, 1921-1932 », dans Susan Gross Solomon, ed., *Doing Medicine Together : Germany and Russia between the Wars* (Toronto : University of Toronto Press, 2006), p. 199-239.
86 Headrick, *Colonialism, Health and Illness*, p. 327-329.
87 Kleine, *Ein Deustcher Tropenarzt*, p. 78-97.
88 Il soumet son habilitation à Strasbourg sur le thème. Philalethes Kuhn, « Die Geschichte der Schlafkrankheit in Kamerun und ihre Lehren », *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*, 81, 1 (1916) : 69-137.
89 Philalethes Kuhn et Heinrich Wilhem Kranz, *Von deutschen Ahnen für deutsche Enkel: Allgemeinverständliche Darstellung der Erblichkeitslehre, der Rassenkunde und der Rassenhygiene* (Munich: Lehmanns, 1943). Sur l'éditeur Lehman, Paul Weindling, *L'hygiène de la race. 1, Hygiène raciale et eugénisme médical en Allemagne: 1870-1932* (Paris : La Découverte, 1998), p. 225.
90 Jean-Paul Bado, *Les grandes endémies en Afrique, 1900-1960: lèpre, trypanosomiase humaine et onchocerchose* (Paris : Karthala, 1996).
91 Michael H. Kater, « Hitler's Early Doctors: Nazi Physicians in Predepression Germany », *The Journal of Modern History*, 59, 1 (1987) : 34-35; Weindling, *L'hygiène de la race. 1, Hygiène raciale et eugénisme médical en Allemagne : 1870-1932*, p. 279.
92 Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, p. 228-231.
93 Cité dans Eckart, *Medizin und Kolonialimperialismus*, p. 230.
94 Sur Shilling à Brazzaville, cf. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds Société de Pathologie Exotique, Boite MES 9 (Félix Mesnil), 1907) ; sur les expériences de Shilling à Dachau, Weindling, *Epidemics and Genocide in Eastern Europe*, p. 359-60. Pour d'autres exemples de reconversion de médecins coloniaux allemands, cf. Weindling, *Epidemics and Genocide in Eastern Europe,* p. 243.
95 Kuhn et Kranz, *Von deutschen Ahnen für deutsche Enkel:* p. 73-74, cité dans Benno Mueller-Hill, *Science nazie, science de mort. L'extermination des juifs, tziganes et des malades mentaux de 1933 à 1945* (Paris : Odile Jacob, 1989), p. 217.