

Pour une introduction à l'histoire sanitaire au Cameroun français : 1845-1938

Owono, Ntsama Joseph

Fondation Paul Ango Ela de Géopolitique en Afrique Centrale (FPAE)

Courriel : jowonantsama@gmail.com

Parent pauvre de l'historiographie camerounaise, l'histoire sanitaire connaît une dimension politique et géopolitique duale, en ce sens que l'histoire politique et administrative du Cameroun est la résultante d'une partition coloniale qui va diviser le pays en deux. La pénétration sanitaire, pour ce qui concerne le Cameroun d'expression française participe d'un triple moment colonial (missions chrétiennes, colonats allemands et français, respectivement) dont la traçabilité reconstituée à travers la politique et l'idéologie sanitaire, la posture stratégique coloniale des acteurs et la transformation structurelle de l'environnement sanitaire de l'époque qui en résulte logiquement, permet de comprendre ce processus historiquement stratifié par paliers. Notre contribution a pour objectif de proposer des éléments objectifs à la compréhension de cette partie de notre histoire sociale depuis l'arrivée du premier missionnaire en terre camerounaise, jusqu'au moment où l'administration française consolide institutionnellement et structurellement son maillage administratif.

Mots-clés : *Colonisation, missions chrétiennes, colonats, politique sanitaire.*

For an introduction to the history of healthcare in French Cameroon: 1845–1938

The poor cousin of Cameroonian historiography, the history of health today deserves much greater recognition among the wider public for its contributions to understandings of human environmental transformations that seek a more viable future for humankind. This health history has both political and geopolitical dimensions, in the sense that Cameroon's political and administrative history results from the colonial partition that divided the country in two. The sanitary penetration of Cameroon under French rule was part of a three-fold colonial moment, which we reconstruct by tracing sanitary politics and ideologies. The strategic colonial position of actors, as well as the structural transformation of this period's resulting sanitary environment, enables insight into this stratified historical process. This contribution proposes different elements that permit comprehension of this part of our social history, from the arrival of the first missionary on Cameroonian soil, to the moment in which the French administration institutionally and structurally consolidated its administrative system.

Keywords: *Colonization, Christian missions, colonial systems, health policies.*

Pour une introduction à l'histoire sanitaire au Cameroun français : 1845-1938¹

Owono Ntsama Joseph

Des vicissitudes de l'histoire, en guise d'introduction

Écrire une histoire de la santé au Cameroun est quelque chose de complexe. Cette difficulté est tributaire d'une histoire politique systématisée par les étapes de son processus de colonisation et de décolonisation : les parties du pays, l'une sous administration française et l'autre sous administration britannique ayant connu des politiques sanitaires différentes. En effet, la complexité de l'histoire politique du Cameroun relève du moment quand son territoire fut placé en 1884 d'abord sous protectorat allemand. Cette situation va évoluer plus tard avec la transition politico-administrative du condominium franco-britannique (1914-1916) qui induisait la double administration française et britannique sur l'ensemble du territoire. Cette évolution trouve son point d'achèvement, par la suite, en l'évolution politique des trajectoires socio-économiques des territoires placés respectivement sous mandat français (Cameroun oriental) et mandat britannique (Cameroun occidental) par l'ancienne Société des Nations (SDN). Cette réalité politique duale de ces deux parties du pays, inégalement réparties territorialement et dont les langues nationales seront définitivement déterminées par la nationalité de leurs puissances tutrices respectives, prendra fin à la réunification des deux parties en 1972, en marquant le début d'une politique sanitaire uniformisée pour l'ensemble du pays désormais. A chacune des phases de son évolution va donc correspondre une dynamique sanitaire particulière avec ses réalités socio-économiques, ses acteurs et ses institutions.

En 1960, avec son indépendance (partie française notamment ; 1961 pour la partie sous administration anglaise), et surtout en 1972 avec la réunification de ses deux agrégats sociopolitiques, le Cameroun, sous sa première république, essaye d'avoir une politique uniformisée et légitimée désormais par une configuration géopolitique qui ne souffre plus des administrations séquestres d'antan. Mais les questions de santé, notamment celles relatives à la problématique des grandes endémies qui préoccupèrent les administrateurs allemands, français et britanniques, traversent le temps et continuent d'interpeller ceux à qui échoit désormais la direction du pays.

¹ Ce texte a été publié à l'origine dans Adama, Hamadou (éd.), 2016, *Traditions historiques et développement, Mélanges offerts aux Professeurs Thierno Moussa Boko et El Hadji Maloum Zidouy* (Annuaire de la FALSH, Numéro spécial Volume XV), pp. 115-153, Université de Ngaoundéré, Cameroun. Ce texte s'inspire d'une de nos conférences à l'ex Centre Culturel Français de Yaoundé (CCF) dans le cadre des cafés géopolitiques de la FPAF le 21 novembre 2006 dont il intitulé était « *Bref aperçu historique sur la lutte contre les grandes endémies au Cameroun, quelques éléments de compréhension (1845-1960)* ». Dans le cadre de la conférence de la FPAF le 29 mai 1965 au 2 juin 1970. Les grandes endémies restent toutefois à l'ordre du jour. Dans une large acception avec en outre une *ouverture sur l'actualité* (p. 10), on consultera Jean-Paul Bado (dir.) 2006, *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, Paris, Karthala.

jour avec une direction de la santé publique - créée à l'intérieur du Commissariat Général de la Santé Publique - qui prolongera l'action sanitaire coloniale.

C'est en 1977, précisément avec le décret n°77/180 du 6 juin 1977 que le Commissariat Général de la Santé et de la Population, se transforme en Ministère de la Santé et de l'Assistance Publique avec Paul Fokam Kamga à sa tête. Il y restera du 29 octobre 1971 au 17 juillet 1980. A partir de ce moment, il est relativement aisé de reconstituer une partie de l'histoire institutionnelle sanitaire du Cameroun *postcolonial*.²

Les éléments de cet article traitent de l'histoire sanitaire coloniale du Cameroun d'expression française à travers trois actions spécifiques, en l'occurrence l'action des missions chrétiennes et celles des administrations allemande et française sur une temporalité longue. Synthèse de différents textes sur l'implantation et l'évolution de ce processus de santé, ce texte expose modestement les contours historiques de la genèse de cette action sur le plan idéologique, l'action des acteurs et l'avènement des institutions y afférentes. Les balises que nous indiquons à cet effet, ont, pour ancrage en amont, l'installation du missionnaire anglais (après la disparition prématurée le 22 octobre 1849 de Joseph Merrick, le premier missionnaire protestant à avoir foulé le sol du Cameroun, en réalité) Alfred Saker, à Douala en 1845, et du début aussi de la contribution sanitaire des confessions protestantes qui est consubstantielle à leur apostolat. La balise en aval, 1938, indique la fin de la consolidation du maillage administratif et structurel de l'action française dans la lutte contre les grandes endémies.

Éthique et philosophie des soins³

L'histoire sanitaire du Cameroun naît d'un double impératif. D'abord, elle naît d'un détour du vaste mouvement d'instrumentalisation du religieux des actions sociales des missions chrétiennes qui essaient le Littoral, l'Ouest et toute la partie méridionale au Cameroun au XIXe et au début du XXe siècle (Debarge, 1934). Ensuite, cette histoire dérive de l'impératif colonial d'exploitation économique dont l'aspect le plus représentatif (Debarge, 1934 : 36) est la création des grandes plantations ou le *régime des grandes concessions*, notamment durant

² Dans le sens où l'entend Akhil Gupta, c'est-à-dire le contexte historique configuré après la période de la colonisation de manière générale et différent, par conséquent, du paradigme *post-colonial* qui nous renvoie à *tout ce qui procède du fait colonial sans distinction de temporalité*. Voir : Akhil Gupta, « Une théorie sans limite », in Marie-Claude Smouts, *La Situation postcoloniale. Les postcolonial studies dans le débat français*, Paris, Presses de Sciences-Po, 2007, p. 218. A propos du débat sur les études auxquels renvoient les problématiques de ces paradigmes, on relira utilement le texte de Jean-François Bayart, « Les études postcoloniales, une invention politique de la tradition ? », *Société Politiques Comparées. Revue Européenne d'Analyse des Sociétés Politiques*, n°14, avril 2009, <http://www.fasopo.org>

³ De manière générale les *soins de santé* dans l'acception moderne de cette expression, en Afrique, sont historiquement le fait de l'action des missionnaires avant celle des différentes administrations coloniales que connaîtront les différents territoires sous tutelle de la Société Des Nations (SDN) et par la suite des Nations Unies, notamment en ce qui concerne le Cameroun. Pour une approche synthétique et l'éventuel impact global démographique par rapport à cette problématique : J. Iliffe, 1997, *Les Africains. Histoire d'un continent*, Paris, Flammarion, pp. 339-348.

l'époque de la colonisation allemande (Etoga Eily, 1971 : 121-322). L'histoire normative et institutionnelle de la santé au Cameroun débute donc, de manière officielle, avec l'action publique sanitaire de l'administration coloniale allemande. Mais, en amont de cette action formalisée, il convient de rappeler celle des missions chrétiennes.

L'action des missions chrétiennes

Les missionnaires sont les premiers à créer les premières structures de soins au Cameroun. En réalité, l'histoire sanitaire du Cameroun remonte à la présence européenne des premiers protestants d'obédience confessionnelle baptiste (Mveng, 1963 : 451-452 ; Slageren, 1972 : 25 ; 37), au XIXe Siècle. Parallèlement à l'entreprise de conversion massive des indigènes, les missionnaires avaient constaté (avec justesse !) le mauvais état de santé de leurs futures ouailles. A leur traditionnelle activité confessionnelle de conversions et de baptêmes, se greffera donc celle de santé primaire : l'acte médical chrétien participera par conséquent et plus que jamais désormais du ralliement massif des populations autochtones au message christique. On est là, en apparence face à l'une des contradictions dialectiques fondamentales du processus de la colonisation : la médecine en tant qu'elle fut *l'une des meilleures armes idéologiques de la colonisation*⁴ avec de terribles effets pervers aujourd'hui connus comme le montre par ailleurs, et avec précision en ce qui concerne le Cameroun à propos de l'usage de la lomidine, le travail de l'historien Guillaume Lachenal.⁵ En ces temps reculés, l'acte d'évangélisation s'accompagne donc d'un acte médical : c'est ainsi que les missionnaires Baptistes anglais ou les Pères Pallotins allemands catholiques devront s'armer de courage, au péril de leur propre santé pour lutter contre la persistance et la force de propagation des endémies et soigner leurs ouailles. Les maladies combattues à cette époque sont favorisées -entre autres- par le portage qui a cours à cette époque.⁶ Comme autre élément à charge, on peut aussi citer les conditions

⁴ Lire : Anne-Marie Moulin (Edit. Scientifique), 1996, « De la médecine tropicale à la santé au pluriel », *Les sciences hors d'occident au XXe siècle*, Série sous la dir.de Roland Waast, Vol.4, « Médecins et santé », Paris, ORSTOM Editions, p. 8. Sur l'idéologie coloniale de l'*Imperium* de la France sous sa IIIe République et notamment en ses aspects discursifs théorisés d'abord par Auguste Bordier et surtout Albert Sarraut par la suite, on relira le texte d'Olivier Le Cour Grandmaison : « De l'« extermination » à la « mise en valeur » des colonies : le triomphe de l'exception française (1885-1931) », in *Nouvelle histoire des colonisations européennes (XIXe-XXe siècles). Sociétés, cultures, politiques*, 2013, Préface de Catherine Coquery-Vidrovitch (Sous la direction de) Amaury Lorin, Christelle Taraud, Paris, PUF, [pp. 157-165] sous-titre : « Science de la colonisation et biopolitique ».

⁵ Lire : Guillaume Lachenal, 2014, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/La Découverte, 283 pages. On relira utilement à ce propos son introduction intitulée « Une anthropologie de la bêtise coloniale », pp. 7-28 et en particulier sur le Cameroun, pp. 147-208.

⁶ Sur cet aspect A. Dikoumé, 1985, « Du portage comme point de départ de l'économie coloniale au Cameroun », *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines*, Série Sciences Humaines, Vol. I, n°2, pp. 3-25. La même réalité se vit aussi en Afrique du Nord française notamment en Algérie : Claude Martin, 1963, *Histoire de l'Algérie française, 1832-1962*, Ed.des Quatre Fils Aymon, p. 262, cité par Denise Bouche, 1991, *Histoire de la colonisation française, Tome second. Flux et reflux (1815-1962)*, Paris, Fayard, p. 242.

hydro-climatiques ou l'ignorance des mesures d'hygiène minimales pour les populations autochtones. La nouvelle présence étrangère porteuse de germes, autant que la grande promiscuité de travail à cette époque, est aussi source de prolifération de germes. Pour pallier ces difficultés de santé les missions catholique et protestante vont œuvrer à l'établissement des premières structures sanitaires, conformément au respect d'une éthique chrétienne de santé et de bien-être.

Soigner et guérir : une exigence éthique

L'action sanitaire des missions chrétiennes se légitime par l'éthique chrétienne du soutien et d'entraide. Toutefois, l'action médicale des chrétiens d'obédience catholique ne va pas être fondamentalement différente de celle des protestants, sinon en sa dimension participative. La différence ici réside plutôt en la logistique déployée, l'objectif restant toujours celui d'assurer une bonne santé à des individus, qu'ils soient membres de l'élite ou du personnel de l'administration coloniale, ou tout simplement qu'ils fassent partie de la main d'œuvre autochtone affectée dans les plantations et à la construction des premiers chemins de fer. Pour ce faire, les évangélistes protestants évolueront le plus souvent en binôme avec leurs épouses à l'inverse des missionnaires catholiques un peu machistes sur la question, à l'observation. Concernant l'éthique protestante, M. Boury, le Président de la Fédération des Missions Evangéliques du Cameroun et de l'Afrique Équatoriale à l'époque, note que :

Les Missions Protestantes du Cameroun peuvent être signalées également pour l'importance de leur action médicale. Presque chaque station a un dispensaire, sinon un hôpital, qui, en général, fait une part importante aux soins aux femmes et aux bébés. Pour ce travail, les médecins et infirmières africains parmi lesquels certains remplissent leur tâche avec une conscience et un dévouement qui méritent d'être signalée (Encyclopédie de l'Afrique Française 1951 : 386).

Dans ce rapport, on relève sans ambiguïté la synergie formelle qui existe entre le personnel sanitaire européen et le personnel autochtone. Il s'agit là d'un rapport intrinsèque qui va constituer la dynamique d'une action sanitaire au Cameroun dont les missions chrétiennes sont, historiquement, quelque peu les bras séculiers.⁷

⁷ Ce constat, au gré de l'évolution des rapports coloniaux et progressivement de la modernisation des systèmes de santé notamment en l'offre de santé confessionnelle proposée de nos jours, a fait l'objet d'une interrogation dont la problématique actuelle est celle d'interroger fondamentalement et notamment sous l'angle anthropologique, le postulat de base selon lequel le religieux dispense forcément des soins de qualité eu égard à son éthique de soutien désintéressé. Voir : M.-E. Gruénais, 2004, « Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne », *Autrepart, Revue de sciences sociales au Sud*, n°29 : « Les objets de la santé », sous la dir. de Laurent Vidal, Armand Colin/ IRD Éditions, pp. 29-46.

Des missions protestantes

Engelbert Mveng,⁸ reprenant les travaux de Jean Bouchaud et de Jean-René Brutsch sur les conditions d'implantation et le contexte historique ayant prévalu à l'avènement des missions protestantes au Cameroun, en présente un panorama exhaustif. Les missions qui essaient d'abord la côte et ensuite l'intérieur du pays représentent les six nations européennes suivantes (Mveng, 1963 : 451-457) :

- l'Angleterre : la Mission Baptiste de Londres avec à sa tête le pasteur Alfred Saker,
- la Suisse : la mission de Bâle avec le révérend Bohner,
- l'Allemagne : la mission baptiste de Berlin avec à sa tête le couple Scheve,
- la France : la Société des Missions Évangéliques (SMEP) de Paris avec les pasteurs Allégret, Bergeret et Oechsner de Coninck,
- les États-Unis : la mission presbytérienne américaine (MPA) avec le docteur Good ; la mission fraternelle luthérienne au nord Cameroun,
- la Norvège : la mission luthérienne norvégienne qui s'établira dans la région de l'Adamaoua.

Au total donc, six nations qui vont progressivement occuper l'ensemble du territoire camerounais. La côte littorale, une bonne partie de l'Ouest et la zone méridionale vont constituer l'essentiel de leur champ d'installation. Les presbytériens américains et les baptistes anglais seront particulièrement actifs dans l'avènement des premières structures sanitaires. Leurs actions seront pionnières dans la lutte contre les endémies. Par ailleurs, les informations rapportées par Emile G. Léonard, en complément de celles de Boury, sur le rôle des missions protestantes, nous instruisent davantage sur l'importance que les missionnaires protestants accordent aux soins de santé primaires. Pour lui, le missionnaire protestant se doit de « [...] posséder une trousse médicale ».⁹ Leurs actions sanitaires sont donc représentatives de cette volonté de préservation de la santé des populations autochtones. Analysons-en quelques-unes, notamment dans les villes d'Abong-Mbang à l'Est et Bafia dans le Centre.

⁸ Se reporter aux indications bibliographiques de son *Histoire du Cameroun*, p. 524; J. Bouchaud, 1952, *La côte du Cameroun dans l'histoire et la cartographie. Des origines à l'annexion allemande (1884-)*, mémoire de l'IFAN, n°5; J. R. Brutsch, 1951, « Les débuts du christianisme au Cameroun », *Études Camerounaises*, n°33-34, pp. 53-59.

⁹ Voici ce qu'il en dit précisément : « [...] la création d'écoles et d'hôpitaux à côté des églises. Le souci d'instruire, aussi fort que le souci d'annoncer le salut. [...] Posséder la Bible en langue indigène, posséder les livres de classe et posséder une trousse médicale sont les trois soucis missionnaires permanents. De fait, la presse à imprimer, l'école et l'hôpital à côté de l'église sont les marques caractéristiques des missions protestantes dès leur origine ». Émile G. Léonard, 1950, *Histoire générale du protestantisme*, PUF, cité par Elikia M'Bokolo, 1978. *Des Missionnaires aux explorateurs. Les Européens en Afrique*, Vol. 7, Paris, Coll. « ABC », p. 99.

Les exemples d'Abong-Mbang et de Bafia

Ces villes ont été des terrains d'expérimentation de cette situation du phénomène religieux concomitamment à l'établissement d'une entreprise de police sanitaire. C'est en effet en provenance du Gabon voisin que la mission presbytérienne américaine (MPA) s'installe dans le Sud Cameroun, précisément en zone ethnique *Bulu*, à partir de 1895 (Mveng, 1963 : 455). La léproserie de Ndjazeng et l'Hôpital d'Enongal sont respectivement créés en 1912 et 1922 (*Ibidem*). La région de l'Est Cameroun, notamment dans la ville d'Abong-Mbang sous l'impulsion conjuguée du médecin américain Wilmer Sanford Lehman et de son épouse, Anna Lehman va, elle aussi, connaître une évolution sanitaire notable (Ngo Bassong, 2002-2003 : 32-51). En effet, arrivé dès 1898 à Abong-Mbang, c'est Lehman qui va construire la léproserie de Djaposten en 1926 et celle d'Ebom-Si et l'Hôpital de Nkolmvolan en 1928 (*Ibidem*). Ainsi peut-il, par la suite, efficacement combattre les endémies que sont la lèpre, la trypanosomiase, le paludisme, les infections pulmonaires et autres tumeurs pelviennes, tandis que son épouse s'attèle à inculquer les premiers rudiments d'hygiène et de salubrité aux populations concernées par les pathologies précitées. Par ailleurs, des camps attenants à la léproserie de Djaposten servent à l'évangélisation quotidienne des malades. Ces camps servent à « [...] *imprégner à tout instant les malades de l'atmosphère religieuse* » (Ngo Bassong, 2002-2003 : 43). Ce qui confirme l'objectif inavoué sous-jacent à l'action missionnaire qui considère l'entreprise sanitaire comme un épiphénomène servant en réalité sa stratégie de déploiement confessionnel. Les presbytériens s'investiront par la suite dans la construction de l'Hôpital de Sakbayémé, en zone *bassa'a*. Cette structure de soin sera équipée de salles de soins en maternité, chirurgie et d'une dentisterie.¹⁰ Lehman quittera le Cameroun en 1937 (Djientcheu Kameni, 1996 : 38) après avoir œuvré aussi bien à Lolodorf qu'à Bibia, dans l'actuelle Région de l'Océan (Kribi).

Dans la région de Bafia, dans le Mbam -région du Centre Cameroun- le dispensaire de Donenkeng dont les activités démarrent en 1929 est l'œuvre conjuguée du pasteur Darst Newhouse et de son épouse, infirmière de profession (Ngon, 2000-2001 : 33-35). La création de cette structure de santé située à sept kilomètres du grand centre que constituait déjà à cette époque la ville de Bafia, avec son centre de santé créé depuis 1923,¹¹ constitue un événement important. Elle participe fondamentalement de la stratégie missionnaire qui consiste à

¹⁰ Pour approfondir la question : J. V. Ngoue, « La fondation protestante de Sakbayémé et son rayonnement socio-culturel de 1915 à 1946 », Diplôme d'Études Supérieures (DES) d'Histoire, Université de Yaoundé 1979, p. 56 ; APA 11707/ Rapport Annuel (partie administrative et médicale), 1938.

¹¹ APA 11837/A Rapport santé, 1920-1923.

accompagner son message d'une œuvre sociale, en l'occurrence, la création d'un centre de santé. On comprend pourquoi « *la station de Donenkeng n'échappe pas à la règle ; les missionnaires presbytériens vont y créer un hôpital à l'instar de ceux de Metet, d'Enongal, de Sakbayémé ou de Djoungolo* » (Ngon, 2000-2001 : 31). Inlassablement, les missionnaires protestants, par le biais de ces œuvres, mettent en place le début d'une dynamique sanitaire qui permet déjà d'avoir une idée précise de l'ampleur des pathologies à soigner. Le dispensaire de Donenkeng durant cette période s'attèle à prodiguer des soins de santé primaires aux populations : traitement des parasites intestinaux, petite chirurgie, pansement des plaies ; désinfection des blessures et encadrement des jeunes filles s'effectuent sous la direction de Mme Newhouse qui est secondée dans cette tâche par cinq employés (3 aides-soignants, 1 femme de ménage et un membre de la famille du couple Newhouse) (Ngon, 2000-2001 : 33-34). En revanche, c'est sous la direction du médecin Austin R. Wolfe et de son épouse, des Américains, tous deux arrivés au Cameroun en 1924, que ce dispensaire va acquérir le statut d'Hôpital en 1939 (Ngon, 2000-2001 : 36). La MPA aura un Hôpital central, Enongal, à Ebolowa, dans le Sud. Cette structure était à cette époque dotée d'une clinique dentaire. En ce qui concerne par exemple les infrastructures de santé à cette époque, on note que 893 lits seront répartis respectivement dans les dispensaires de Sakbayémé, Metet et Bafia avec un chiffre cumulé de consultations de 64.967 (Encyclopédie de l'Afrique Française, 1951 : 386).

L'action de la Société des Missions Evangéliques de Paris (SMEP)

C'est le 1^{er} février 1841 (M'Bokolo, 1977 : 43) que les baptistes anglais accostent à Douala. Ce sont les premiers des missionnaires européens venus à des fins d'évangélisation. Ils sont conduits par les capitaines Lilley et Wilde, respectivement de nationalité anglaise et hollandaise (Slageren, 1972 : 19). Si Joseph Merrick, décédé prématurément le 22 octobre 1849, est le premier arrivé sur la côte littorale camerounaise (Brutsch, 1951 : 59), l'œuvre missionnaire d'Alfred Saker, arrivé lui le 22 juin 1845 à Douala, est certainement la plus représentative de cette confession baptiste. La mission de Bâle (Suisse) va prendre le relais (Mveng, 1963 : 452-453) de la mission baptiste mais, à cause de la guerre de 14-18, sera contrainte de céder sa place à la Mission Evangélique de Paris. Ensuite, ce sera au tour de la mission baptiste de Berlin (Allemagne) de prendre le relais. C'est la Société des Missions Evangéliques de Paris (SMEP) ou la Mission Protestante Française avec son Hôpital de Ndoungué, dans le Mungo, qui permet de saisir toute l'ampleur de la contribution baptiste à l'organisation des soins de santé, notamment en ce qui concerne la lutte contre les grandes endémies (Kouachie Tankeu, 1998-

1999 : 32-42). En effet, la SMEP va s'intéresser et s'investir dans le grand Ouest du Cameroun, en régions bamiléké et bamoun dès 1926, avec la création d'un dispensaire à Fouban (Kamwa, 1998-1999 : 69-72) et un autre à Bafoussam en 1928. Il en sera de même pour la ville de Bangwa en 1931 (Debarge, 1934 : 8-12). La Société des Missions Evangéliques de Paris ou la Mission Protestante Française (Encyclopédie, *op. cit.*: 385) a œuvré dans le sens de l'établissement des structures sanitaires allant de pair avec son activité missiologique. En effet

L'action médicale s'accomplit dans les dispensaires de Ndoungué, de Bafoussam et de Ndiki-Somo, dans les hôpitaux de Fouban et de Bangwa. Ce dernier est une importante formation dont les statistiques accusent une moyenne mensuelle de 108 opérations et de 7, 512 journées d'hospitalisation. Une trentaine d'orphelins y sont élevés en pouponnière. Ce travail est assuré par trois médecins, deux infirmiers et deux sages-femmes missionnaires et par un grand nombre d'infirmiers africains. [Ibidem]

Josette Debarge, médecin de la SMEP, arrive à Fouban en 1926, mais elle travaillera davantage en zone bamiléké, notamment à Bangwa, pour une option de médecine de proximité. Sévissaient alors à l'Ouest précisément dans le département de la Mifi de grandes endémies telles la lèpre, les maladies vénériennes, notamment le pian et la syphilis. L'objectif de Debarge était de travailler effectivement là où se trouvaient les urgences les plus signalées, et surtout d'organiser les soins en toute autonomie : c'est ce qui d'ailleurs fut à l'origine de sa scission avec ses confrères missionnaires de la plaine de Mbo, à Bandjoun. Elle ira s'installer par la suite à Bangwa (Fotso, 1984 : 73-75).

Le Vatican est le centre décisionnel qui donne l'impulsion au déploiement chrétien catholique à travers le monde à la fin du XIXe Siècle. C'est en fait en 1890 que fut créée la Préfecture Apostolique du *Kamerun* ou *Kamerun-Stadt*. Celle-ci, au départ, fait partie de l'ensemble géopolitique du vicariat des *Deux Guinées* qui englobe une partie de l'Afrique Occidentale et s'étend jusqu'en Afrique Australe. Cet ensemble a son siège à Libreville, au Gabon. C'est à l'Association des Missions qu'incombe la tâche de procéder à l'instrumentalisation du religieux dans cette nouvelle Préfecture Apostolique. Ce sera donc aux missionnaires Pallotins allemands embarqués le 1^{er} octobre 1890 sous la direction du Père Henri Vieter, qu'incombe cette tâche. Ils arriveront au *Kamerun* le 25 octobre de la même année. Les Pallotins de Mgr Vieter vont marquer sur la colline de Mvolyé à Yaoundé, site géographique sur lequel ils sont installés, l'histoire médicale et sanitaire du Cameroun de leur empreinte indélébile. Toutefois, il faut bien préciser qu'une fois sur place, ils se heurtèrent à l'opposition des missionnaires protestants déjà installés à Douala et aux autorités administratives coloniales allemandes qui se réservaient le monopole de la gestion des questions religieuses sur les populations autochtones de la côte littorale. A l'instar donc des

missions protestantes qui évoluent dans le grand Sud, dans l'Adamaoua, à l'Est et dans le Littoral, les Congrégations catholiques œuvrent avec engagement sur le sol camerounais avec le même zèle.

Les Congrégations catholiques¹²

La mission des Pères Pallotins de la Pieuse Association des Missions (Encyclopédie, *op. cit.* : 379) va donc s'avérer ardue. Aussi leur faudra-t-il apprendre préalablement dans la foulée les langues des autochtones, aménager des espaces pour la construction de leurs locaux, cultiver la terre pour en retirer les nutriments indispensables, complémentaires, pour une alimentation saine et équilibrée.

L'œuvre sanitaire des Pallotins

Les missionnaires catholiques sont donc au *Kamerun* depuis de longues années déjà. On peut les retrouver aussi bien sur la côte, notamment à *Kamerunstadt* (Douala), Edéa ou Kribi qu'en pleine forêt équatoriale *béti*. Frederick Quinn note à propos de cette présence et de la représentativité de l'action confessionnelle pallotine que

Les missionnaires allemands étaient largement représentés en pays *béti* par les pères Pallotins pendant une vingtaine d'années, de 1896 à 1916. Les premiers contacts entre les *Béti* et les missionnaires allemands eurent lieu en 1896 lorsque Hans Dominik envoya de jeunes gens de l'arrière-pays à l'école de la mission à Kribi. Vers 1899, 74 garçons et une fille avaient fréquenté l'école catholique. Le premier missionnaire allemand, Mgr Heinrich Vogt arriva à Yaoundé le 13 février 1901 comme préfet apostolique du Cameroun [...]. Certaines tâches éducationnelles furent confiées aux Pallotins qui arrivèrent dans le pays en 1903. Ils enseignèrent aux femmes *béti* la doctrine essentielle du christianisme, l'éducation familiale, la prévention des maladies. (Quinn 1989 : 145)

Les missionnaires aux multiples talents doivent aussi faire montre de qualités de praticiens de la médecine curative et le plus souvent avec des moyens de bord. C'est par exemple avec des pinces-monseigneurs que les Pallotins de l'ancienne station de Mvolyé (Yaoundé) procédaient à des extractions dentaires sur les autochtones *ewondo*. Naturellement une telle initiative, il va sans dire, se faisait, à cette époque, sans anesthésie aucune ! C'est le cas du frère pallotin Grégor Stenzel qui, en 1910, avec zèle, officiait accessoirement comme chirurgien-dentiste (Afri-Cam, 1983 : 34 ; Mveng, 1990 : 320). Bien que les missionnaires

¹² L'Église catholique comporte en son sein plusieurs ordres religieux qui œuvrent pour le bien-être de l'homme, conformément à l'éthique de vie de leurs fondateurs : C. Lesegretain, 1990, *Les grands ordres religieux, hier et aujourd'hui*, Paris, Fayard.

catholiques soient arrivés au Cameroun en 1890, leur action médicale et sanitaire débute une fois que le territoire camerounais est officiellement placé sous la direction des autorités allemandes le 14 juillet 1884 (Mveng, 1990 : 9). L'action sanitaire des missionnaires pallotins et spiritains ne connaît pas la même densité que celle davantage structurée des laïcs et missionnaires français du mouvement *Ad Lucem* (« Vers la Lumière ») tel que l'on pourra l'observer plusieurs années après. La philosophie du mouvement international *Ad Lucem* se résume en un développement à travers le monde d'une chrétienté dite « universelle ». Laïc engagé, Aujoulat a organisé des cercles de réflexions autour d'une action chrétienne soucieuse des souffrances et des besoins des pays encore faiblement évangélisés (Djientcheu Kameni, 1996 : 24). Aussi, dans le cadre des activités de l'Aide Universitaire Catholique aux Missions (AUCAM), une structure belge, fonde-t-il à Lille, dans le Nord de la France, en 1931, la Ligue Missionnaire des Étudiants de France (LMEF) (Ibidem). Le laïc catholique français, par l'entremise de ce mouvement, apparaîtra comme un élément incontournable dans le processus d'une action sanitaire d'envergure au Cameroun. Le pionnier de cette action médicale, en son aspect le plus représentatif, au Cameroun, fut le médecin Louis Paul Aujoulat (1910-1973).¹³ C'est lui qui crée le dispensaire et l'Hôpital d'Efok qui sont inaugurés en 1937. Les laïcs de cette fondation sont très actifs. Comme actes concrets accomplis « [...] il faut signaler l'Hôpital N(otre)-D(ame) de Lourdes, à Efok, et celui de la Mission d'Omvan, tous deux fondations missionnaires de l'association Ad Lucem dont les membres apportent aux missionnaires du Cameroun une collaboration particulièrement appréciée » (Encyclopédie, *op. cit* : 382). L'Hôpital Ad Lucem de Banka-Bafang, lui, verra le jour plus tard en 1947 (Djientcheu Kameni, *op. cit.* : 24). L'action d'Aujoulat est soutenue par d'autres laïcs missionnaires catholiques de la même fondation que lui, comme le stipule l'arrêté n°1088 du 15 février 1956.¹⁴

Les exemples des Hôpitaux Ad Lucem d'Efok et de Banka-Bafang

A Efok, une localité située en zone *Eton*, près de quarante kilomètres au nord de la ville de Yaoundé, Aujoulat commence, dès février 1938, à jeter les bases de son action médicale. Il s'y engage avec conviction, à l'instar de ses condisciples laïcs engagés. Trois bâtiments réservés aux soins hospitaliers voient le jour. Quatre autres complètent cette liste dès 1942. En 1945, il réussit une extension du dispensaire d'Efok, en même temps qu'il termine l'aménagement du

¹³ Pour une connaissance des activités essentielles d'Aujoulat : S. & J. Foray, 1981, *Louis-Paul Aujoulat. Médecin, missionnaire et ministre*, Paris, Association Internationale des Amis du Docteur Aujoulat ; et dans une perspective critique d'histoire politique qui interroge le parcours du laïc engagé au Cameroun : Simon Nken, 2014, *L'empreinte suspecte de Louis-Paul Aujoulat sur le Cameroun d'aujourd'hui*, Paris, Éditions : Koteurs, 164 pages.

¹⁴ ANY. 1956, 1AC 1671. Fondation Ad Lucem. Installation, 1956.

camp des infirmiers. Dans la même lancée, notamment de 1944 à 1945, on assiste à l'avènement de deux cliniques : une pour les missionnaires et une autre pour les membres du clergé noir, ainsi qu'une maternité et une salle d'hospitalisation. Au départ, les premiers soins médicaux sont l'œuvre du Révérend Père Guth de la mission catholique de Banka. Il investit ses propres fonds pour soulager ses paroissiens, en leur apportant les médicaments nécessaires. Mais, c'est en 1947 que la première pierre de l'Hôpital est posée. Trois bâtiments qui constituent l'ossature de ces infrastructures médicales sont érigés. Aujoulat va s'investir à l'accomplissement d'une tâche d'égale ardeur à Banka-Bafang avec le personnel formé aux soins infirmiers à Efok. C'est le médecin Etienne Bracq -un chirurgien- qui va diriger cet hôpital avec le soutien de sept infirmiers formés à Efok. Il s'agit de : Apollinaire Afanda, Albert Edjoa, Jean Fotso, Pierre Mbang, Laurent Mbarga, Édouard Penlap et Martin Zambo. Les Sœurs Louise et Marie Noëlle, une infirmière et une sage-femme, s'occupent du service de la maternité. L'Hôpital ouvrira officiellement ses portes le 17 avril 1947 et ses deux premiers patients sont des Européens : il s'agit d'un missionnaire, le Père Goerg et de l'épouse d'Etienne Bracq (Djientcheu Kameni, op. cit. : 24-39 ; 68-79). Pour revenir aux Pallotins, ceux-ci vont quitter le Cameroun en 1916 après que l'Allemagne a perdu la guerre. Mais avant cela, les autorités franco-britanniques qui gèrent la courte période du condominium (1914-1916) cherchent une solution pour combler le vide laissé par les missionnaires allemands. Pour le Père Spiritain, Jean Criaud, après la guerre en effet,

Les administrations française et anglaise ne voulaient pas d'Allemands sur le territoire. Pourtant Rome (Le Vatican) ne voulait pas décharger les Pallotins du Cameroun. A la fin de la guerre, le gouvernement français avait clairement laissé entendre qu'il ne voulait pas de missionnaires allemands au Cameroun. Mais malheureusement, les Pallotins en tant que congrégation, n'avaient pas non plus de missionnaires français pour pouvoir les affecter au Cameroun. (Criaud 1990 ; 11-14)

Les autochtones qui vont à la rencontre de ces missionnaires présentent des pathologies chroniques ou circonstancielles qui imposent une sorte de « double emploi » aux Pères catholiques allemands : c'est ainsi que, outre leurs fonctions confessionnelles traditionnelles, ils devront faire office de médecins, même s'ils n'ont pas reçu de formation adéquate pour pallier les maux qui minent la santé de leurs ouailles, comme c'est souvent le cas chez les missionnaires protestants.

L'histoire des missions chrétiennes en Afrique est [...] indissociable de l'action médicale et sanitaire. [...] chaque station finit toujours par se doter d'un dispensaire aussi régulièrement qu'elle se dote d'un hôpital. L'œuvre médicale constitue à ce titre un moyen efficace d'évangélisation. (Ngon, 2000-2001 : 26)

La mise en place des structures de santé : l'exemple de la mission presbytérienne et l'avènement du centre de santé

Il est donc évident que l'action médicale fait partie du vaste ensemble de l'organisation de l'activité religieuse qui comporte aussi bien les aspects confessionnel, pédagogique, que médical. Les villes de Donenkeng, Metet, Sakbayémé ou Enongal auxquelles nous avons déjà fait allusion permettent de conforter ce constat. La même action sociale sanitaire s'observe à l'Est du Cameroun, notamment pour le camp des lépreux de Djaposten, l'hôpital de Nkolmvolan ou de la léproserie d'Ebom-Si (Ngo Bassong, 2002-2003 : 28-51). Le caractère fortement endémique des pathologies qui déciment les autochtones légitime l'avènement du centre de santé dans cet environnement sanitaire qui se met progressivement en place au Cameroun d'expression française. Ngon note de manière opportune et dans cette perspective que « [...] le Mbam jouit d'une très mauvaise réputation à cause de nombreuses épidémies. En 1921 notamment, l'administration française y a découvert un important foyer de la maladie du sommeil » (Ngon, 2000-2001 : 31). Créé en 1929, le dispensaire de Donenkeng comporte dans un premier temps un personnel soignant de cinq employés : « une salle d'hospitalisation de 64 lits, une salle de visite et un laboratoire empirique » (*Ibid* ; 34). Le dispensaire dispose d'une équipe médicale qui travaille sous la responsabilité des Newhouse. Le pasteur Darst Newhouse est arrivé à Donenkeng en 1926 accompagné de son épouse, une infirmière de profession (*Ibid* ; 33). Le couple Newhouse administre des soins indifféremment, aussi bien au personnel de l'administration coloniale qu'à la population des autochtones mbamois. Les missionnaires presbytériens américains enseignent les règles d'hygiène élémentaire à leurs ouailles et patients et notamment

[...] comment laver régulièrement toutes les parties du corps à l'eau propre, se laver surtout les mains avant chaque repas, broser les dents tous les jours, et se vêtir convenablement afin d'éviter le froid et les piqures des moustiques. Aussi les missionnaires enseignent-ils leurs élèves à faire des selles non pas à côté de la maison et aux abords des cours d'eau, mais dans des lieux convenables. A cet effet, la construction des latrines à des endroits indiqués est prescrite. (Ngo Bassong, *op. cit.* : 30)

L'œuvre sanitaire des premiers missionnaires consiste davantage à inculquer des notions d'hygiène tout en assurant, à cause d'une faible logistique, une sorte de service minimum dans l'administration des soins de santé. Cette action sanitaire s'effectue dans le cadre restreint du centre de santé, et le plus souvent en marge de l'activité d'enseignement confessionnel. L'aspect prophylactique de cette action sanitaire sera davantage assurée par les épouses des

missionnaires-évangélistes protestants parce qu'elles auront préalablement bénéficié « [...] d'une formation médicale adéquate depuis les Etats-Unis » (Ngo Bassong, *op. cit.* : 32), notamment pour les ressortissants de ce pays. La demande sans cesse croissante en soins de santé primaires, l'urgence à assurer le suivi des malades impose au petit centre de santé un changement formel de statut : le centre devient dès lors un véritable hôpital.

L'avènement de l'hôpital

Les statistiques de 1929 attestent de la nécessité de ce changement de statut et de structure. Les chiffres de Goufan à Moumbock qui sont repris par Ngon dans ses travaux (2656 consultations, 6985 traitements, 614 hospitalisations) démontrent de la vitalité de cette action de santé. C'est avec l'arrivée du médecin Austin R. Wolfe (Ngon, *op. cit.* : 34) dix ans plus tard en 1939 que l'hôpital de Donenkeng voit le jour. Wolfe va s'atteler à structurer le fonctionnement du nouvel hôpital. Pour Ngon, il s'agit d'un « travailleur acharné [...] (qui) va mettre en place les bases d'un centre de santé à la hauteur des autres. L'organisation et le fonctionnement qu'il met en place à Donenkeng sont à l'image de ceux en vigueur dans les centres déjà ouverts » (*Ibid*: 36). C'est le même acharnement et la même détermination qui caractérisent l'action sociale médicale et sanitaire du premier évangéliste médecin, l'Américain Wilmer Sanford Lehman, arrivé au Cameroun en 1898 (Ngo Bassong, *op. cit.* : 32-33). Cet évangéliste médecin, chirurgien de formation, va s'atteler à la construction des structures de santé. Il crée, avec son épouse, un centre de soins à Lolodorf en 1925 -il y passera aussi 26 ans, notamment de 1898 à 1925- dans le Sud, un dispensaire et la léproserie de Djaposten en 1926 dans l'ancien département du Haut-Nyong (ancienne province de l'Est), l'hôpital de Nkolmvolan et la léproserie d'Ebom-Si, à Abong-Mbang, toujours à l'Est, en 1928 (*Ibidem*). Le tableau ci-après montre que de 1898 à 1930, soit une durée de 32 ans, 16 missionnaires presbytériens se sont succédé au Cameroun. Il s'agit d'évangélistes médecins, d'éducatrices et infirmières qui ont œuvré à l'Est (Abong-Mbang), au Sud (Lolodorf, etc.) et au Centre (Bafia).

Tableau I

Couples d'évangélistes médecins presbytériens ayant travaillé au Cameroun de 1899 à 1930

Couples	Statut	Arrivée au Cameroun	A/ont exercé à	Départ du Cameroun
Lehman Wilmer Sanford	Évangéliste médecin	1898	Lolodorf, Bibia, Nkolmvolan, Efulan, Djaposten et Ebom-Si	1937

Lehman Anna	Educatrice	1899	Idem	1935
Love D. & Mary	Évangéliste et éducatrice	1911	Abong-Mbang de 1928 à 1943	1943 et 1946
Patterson A.B & Patterson	Évangéliste et éducatrice	1911	Abong-Mbang en 1936	Non signalés
Philip J. & Ellen May	Évangéliste et éducatrice	1924	Abong-Mbang de 1924 à 1927	1946 (celle de son épouse n'est pas signalée)
Frank & Verna Emerson	Evangéliste et éducatrice	1924	Abong-Mbang en 1936	Non signalés
Couple Wolf	Évangéliste et éducatrice infirmière	1924	Donenkeng de 1939 à 1940	Non signalé
Couple Newhouse	Évangéliste et éducatrice infirmière	Non signalées	Donenkeng 1926 à 1939	Non signalé
George Thorne	Médecin	1927	Abong-Mbang de 1928 à 1936	Non signalé
Winona Thorne	Éducatrice	1930	Idem	1946

Source : Notre synthèse des travaux de T. P. Ngon et R. Y. Ngo Bassong

L'action sanitaire des missionnaires est suivie de celle de l'administration allemande. Durant la période coloniale allemande, l'ensemble du pays se réduit à la côte camerounaise pour l'essentiel. Les Allemands s'installent à *Kamerunsdtat* (Douala) et initient une action qui consiste à changer radicalement le paysage sanitaire des autochtones. À travers le carnet de route que nous livre l'explorateur allemand Curt Von Morgen, on constate effectivement qu'il aura souffert, et ce de manière régulière, de « [...] maladies typiquement africaines », lui qui était déjà de constitution fragile au départ.¹⁵ L'administration coloniale allemande va s'employer à combattre ces affections tropicales en mettant en place le début d'une organisation sanitaire structurée et à la hauteur des ambitions de sa politique.

L'organisation de la police sanitaire durant le protectorat allemand

¹⁵ C. Von Morgen, 1982, *A travers le Cameroun du Sud au Nord. Voyages et explorations dans l'arrière-pays de 1889 à 1891*. Traduction, présentation et bibliographie de Philippe Laburthe-Tolra, Paris, Serge Fleury, p. 243. On y retrouve une édifiante description des pathologies de la malaria, de la dysenterie et des maladies de la peau, autant que des méthodes préventives et curatives appropriées, pp. 384-388.

Cette organisation repose sur un contexte politique et économique dont il est important de présenter les contours historiques.

Contexte politique et environnement socio-économique

L'entreprise allemande de police sanitaire tire sa légitimité de trois décennies de colonisation, en l'occurrence de 1885 à 1915.¹⁶ Durant cette longue période, la question sanitaire est fortement liée à la pérennisation de la main d'œuvre affectée aux grandes plantations, notamment de la structure germano-belge, la *Gesellschaft Sud-Kamerun (GSK)*, au Sud-ouest et, au Nord-Ouest avec la *Gesellschaft Northwest Kamerun (GNK)* (*Ibid* : 76-80). Ces structures d'exploitation appartiennent à des entreprises privées. L'exploitation du territoire se fait dans plusieurs domaines, notamment dans les produits naturels, l'agriculture, l'élevage, l'industrie, les voies de communication, les chemins de fer, les routes et le commerce (*Ibidem*). En ce qui concerne le domaine relatif aux *Produits naturels*, l'historien Adalbert Owona note que :

Sitôt l'acquisition du Cameroun réalisée, les Allemands s'employèrent à exploiter systématiquement les richesses du pays. Ils le firent d'abord avec les matières qui alimentaient le commerce de la cueillette et de la vente des produits naturels bruts ou sommairement préparés : les huiles et les amandes de palme, le caoutchouc, les bois, l'ivoire. Ils le firent parfois avec tant d'avidité qu'il se trouva bientôt en Allemagne quantités de bonnes âmes soucieuses des droits des Indigènes pour s'en émouvoir. (*Ibidem*)

Ici, nous sommes dans ce qui est désormais consacré, terminologiquement, comme une « économie de plantation » dans la catégorisation que Paul Vandepitte propose à propos de la domination économique que l'Europe imposa au continent africain au sortir de la Conférence de Berlin de 1884. Sa caractéristique essentielle est celle qui consiste à créer de grandes plantations sur de vastes étendues de terres fertiles dans des espaces à climatologie favorable aux membres du colonat et aux autochtones, ces derniers étant ceux et celles qui fournissent la main d'œuvre nécessaire et indispensable à la culture du café ou tout simplement de produits agricoles.¹⁷ Il est évident que cette mise en valeur de l'arrière-pays camerounais a nécessité une main d'œuvre autochtone importante.¹⁸ Le domaine de l'« Agriculture » pour lequel les

¹⁶ A. Owona propose une lecture stimulante et actualisée de cette longue et complexe sociogenèse de l'histoire du Cameroun, 1996, *La naissance du Cameroun 1884-1914*, Paris, L'Harmattan, pp. 59-121.

¹⁷ Paul Vandepitte en présente préalablement deux autres notamment « l'économie de prédation » qui correspond au premier moment de cette exploitation sauvage des ressources africaines justement décrite dans l'extrait d'Adalbert Owona que nous citons plus haut et « l'économie de traite » qui, elle, se réfère au système de comptoirs à des fins de stockage des produits avant évacuation vers l'Europe : « Colonisation et décolonisation (XIXe-XXe siècles) », *Pour une histoire de l'Afrique. Douze parcours*. Sous la dir. de Maria R. Turano et Paul Vandepitte, 2003, ARGO, pp. 180-181.

¹⁸ Plus tard la France fera la même chose en AEF (Afrique Équatoriale Française) Denise Bouche cite à cet effet « la circulaire générale sur la politique indigène en Afrique Équatoriale Française » du Gouvernement général du 8 novembre 1941, *Journal Officiel de l'Afrique française libre et de l'AEF*, 1^{er} décembre 1941, p. 687 qui fut prise initialement en 1924 par le

Allemands possédaient 58 plantations qui employaient 17.827 autochtones contre 195 européens allemands (Rudin, 1938 : 249) en est un exemple représentatif de ce besoin, le Cameroun n'ayant jamais été perçu par les autorités coloniales que comme une colonie d'exploitation. Cette même sollicitation d'une main d'œuvre massive se retrouve aussi dans la dynamique de la construction des premières voies ferrées, notamment avec le premier axe de 160 km qui va relier Bonabéri à Nkongsamba. (Eyelom, 2003 : 73)

Mise en place d'une police sanitaire et attitude contre-productive allemande

Expliquant le contexte qui va donc pousser les Allemands à se soucier de la santé des populations autochtones, Victor T. Levine qui s'inspire des travaux de Rudin, précise que les conditions hydro climatiques de la côte littorale camerounaise sont à l'origine de la prolifération d'endémies. C'est le cas du paludisme et de l'importante mortalité qui s'en suit et qui atteste de la virulence de cette maladie au grand dam des propriétaires de plantations dans le besoin constant d'une main d'œuvre bon marché et toujours en bonne santé (Levine, 1970 : 99-100). Ce constat effectué, l'administration allemande intègre les préoccupations sanitaires et celles de salubrité. Mais, la Première Guerre mondiale vient mettre fin à ce bel enthousiasme : l'Allemagne, en perdant la Guerre, va saborder tout ce qu'elle avait structurellement mit en place. Et Levine de préciser à cet effet que :

Après 1900, les Allemands se préoccupèrent davantage des questions de santé et d'assainissement, grâce à des vaccinations obligatoires, des dispensaires et des inspections officielles fréquentes des conditions de travail. Ils réussirent à réduire considérablement le taux de mortalité parmi les travailleurs qui avaient immigré dans les zones côtières [...] Entre 1914 et 1916, au cours des opérations militaires au Cameroun, les Allemands ont abandonné ou détruit leurs installations médicales avant leur retraite. Les campagnes contre le paludisme et la maladie du sommeil furent interrompues et, après 1914, des maladies endémiques, de nature diverses, se propagèrent rapidement. (*Ibidem*)

Plus critique sur cet aspect sanitaire et la situation socio-économique, F. Eyelom estime que la recherche du profit était l'unique objectif des autorités coloniales administratives allemandes. Se référant aussi aux travaux de Rudin et de R. Puaux, il écrit ceci :

En janvier 1913, près de 18 000 natifs sont employés dans les plantations. Le paludisme (malaria) y sévit avec une rare virulence. Certaines zones du centre sont infestées par la présence de la mouche tsé-tsé, vecteur de la trypanosomiase ou maladie du sommeil. En matière de santé, la politique du gouvernement colonial au Kamerun est presque nulle. Elle

gouvernement Daladier, populiste en la matière. Celle-ci sera reprise en son esprit et à sa lettre, par la suite, durant la Seconde Guerre mondiale par les administrateurs coloniaux français. D. Bouche, 1991, in *Histoire de la colonisation française. Tome second. Flux et reflux (1815-1962)*, Paris, Fayard, p. 242.

est surtout dictée par un esprit d'exploitation maximale et consiste uniquement à maintenir les natifs dans une condition physique à peine suffisante pour travailler. Le taux de mortalité est très élevé. [...] Le taux de natalité est très bas. La famille offre un prix de 6,000 marks pour la meilleure étude qui propose des mesures d'augmentation de la natalité. L'un des facteurs expliquant la faible natalité est l'utilisation des femmes comme transporteuses et la réquisition des hommes dans les plantations. Lorsque le gouvernement propose en 1913 d'interdire le travail de « porteur » aux femmes, les commerçants protestent et s'opposent à cette mesure. (Eyelom, 2003 : 76)

Cet extrait nous renseigne sur les conditions précaires de travail et leurs conséquences directes sur la santé des autochtones. Il nous instruit aussi sur les endémies qui, à cette époque déjà, constituent de sérieux obstacles pour le plein accomplissement des tâches dévolues à l'administration coloniale allemande. Et enfin, on constate que cette situation aura des répercussions sur la natalité des autochtones à cause de la situation particulière de ces « femmes porteuses » engagées dans ce processus. Pour lutter contre la maladie du sommeil, 29 médecins provenant aussi bien de l'administration civile (9), de l'administration militaire (15) ou expressément engagés pour lutter contre la THA (Trypanosomiase Humaine Africaine) s'activent avec un budget qui évoluera de manière progressive de 8000 marks en 1910 à 550000 marks à la veille de la Première Guerre mondiale (Eyelom, *op. cit.* : 76-77) Les autorités coloniales allemandes ont compris l'enjeu important que représente la mise en place des structures médicales susceptibles de lutter efficacement contre la virulence des endémies tropicales, même si, toujours d'après Eyelom, la véritable motivation est ailleurs que dans le souci de préservation de la santé et de l'intégrité physique (d'ailleurs comment pouvait-il en être autrement ?). C'est donc dans un contexte d'urgence médicale que l'administration coloniale allemande débute toutefois son action sanitaire. Celle-ci commence avec la construction des hôpitaux.

L'avènement des premiers hôpitaux allemands et les endémies traitées

Les premières structures sanitaires allemandes sont créées entre 1891 et 1897.¹⁹ Il s'agit de :

-l'Hôpital pour Européens au quartier Bonanjo qui deviendra l'Ancien Hôpital pour Européens ;

-le Nouvel Hôpital pour Européens ;

-l'Hôpital pour Indigènes²⁰ en 1897, à Ngodi, Akwa II.

¹⁹ TA-1, Résumé des rapports du territoire sous-mandat de l'Afrique occidentale, p. 19.

²⁰ Ce sont ces hôpitaux-mouroirs pour autochtones que le romancier Ferdinand Léopold Oyono (1929-2010) décrit dans son roman à succès, *Le vieux nègre et la médaille*, paru en 1980, Yaoundé, Club Afrique, Coll. « Loisirs », comme le spécimen du « Crève des nègres » parce les médecins européens qui les dirigent à cause de leurs multiples fonctions - ce sont d'abord des soldats - ne s'empressent jamais d'être ponctuels, assidus et professionnels dans l'accomplissement de cette tâche, p. 11. D'ailleurs les choses n'ont pas tellement changé si l'on s'en tient aux conclusions du travail de Nicolas Monteillet paru en 2005, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Paris, Karthala. Voir

À côté de ces hôpitaux successifs s'ajoutent le *Sanatorium maritime* de la presqu'île de Suellaba en 1900, la *Station* pour les mises en quarantaine toujours en 1900 et un *Centre* pour lépreux à Ngodi-Akwa. Les Allemands sont animés par la conviction selon laquelle, seule la décentralisation en termes de création et de développement des infrastructures sanitaires rendra plus efficace la lutte contre les endémies. C'est pourquoi ils créent des structures sanitaires à spécialisations diversifiées. Tout comme les autochtones employés massivement dans leurs plantations, le personnel allemand n'échappe pas aux nombreuses pathologies, en particulier aux accès palustres ou à la dysenterie amibienne ou bacillaire. Les endémies soignées à l'Hôpital pour Européens de 1900 à 1901 sont: le paludisme, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde et la dysenterie (TA-1, Résumé des Rapports...*op. cit.* : 38)²¹ comme le montre le tableau II ci-après.

Tableau II

Statistiques des soins prodigués aux malades de l'Hôpital européen de Douala de 1900 à 1901

Maladies tropicales Répertoriées	Fonctionnaires Européens traités	Hommes de troupes traités	Personnel privé traité
Paludisme	94	47	45
Fièvre jaune	7	6	15
Fièvre typhoïde	1	1	19
Dysenterie	9	1	13
Suite de maladies tropicales	6	0	11
Autres pathologies	4	2	2
TOTAL	121	57	95

Source : Zonko Tchakounté 1998-1999, p. 63.

À l'Hôpital pour Indigènes, outre les endémies ci-dessus citées, on relève pour la même période des cas de variole, de pneumonie, de dysenterie, de bérubéri et de fièvre typhoïde. Les soins prodigués dans la double perspective curative et prophylactique comme la quinzisation, les campagnes de vaccination et les mesures d'hygiène permettent de faire reculer la mortalité des patients de manière notable (Zonko Tchakounté 1998-1999 : 13-20). Le tableau III ci-après présente synthétiquement la situation des malades de l'Hôpital pour Indigènes de 1898 à 1903.²²

Tableau III

Statistiques de la situation des malades indigènes à Douala de 1898 à 1903

le compte-rendu critique de Jacques Chatué à propos de ce texte : « A quand les états généraux de la santé au Cameroun ? », *Terroirs, Revue africaine de sciences sociales et de culture*, 1-2/2006, Academia Africana, pp. 157-168.

²¹ TA-I., Résumé des rapports du territoire..., p. 38.

²² TA-I., Résumé des rapports du territoire..., *op. cit.*

Années d'enregistrement	Malades enregistrés	Malades traités	Malades décédés	Malades restés en hospitalisation
1898-1899	1	1	-	-
1899-1900	287	286	-	1
1900-1901	417	417	-	-
1901-1902	365	332	17	16
1902-1903	376	345	31	-
TOTAL	1446	1381	48	17

Source : : Zonko Tchakounté 1998-1999

Les décrets du 19 juin 1908 et du 6 mai 1911

Deux Gouverneurs Allemands, Theodor Seitz et Otto Gleim s'emploient à mettre sur pied un dispositif capable de juguler l'expansion des maladies endémiques.

L'organisation du système sanitaire

C'est le décret du 19 juin 1908 (Ngongo, 1987 : 56), sous Théodor Seitz, qui, en premier, met en place le maillage administratif pour régler la dévolution des tâches à accomplir par le personnel médico-sanitaire. Désormais, il existe un « référent médical » avec résidence à Douala. Sous sa responsabilité directe, se trouvent « [...] la direction et le contrôle de tous les médecins du pays et du personnel sanitaire indigène, les questions techniques médicales ou celles touchant à l'hygiène ou la lutte contre les endémies » (Owona, 1996 : 82). Ce responsable a sous son contrôle les médecins et le personnel européen (militaire et civil) et bien sûr autochtone. Il tient son autorité directement du Gouverneur. Ce décret va privilégier les soins qui doivent être prodigués en priorité aux agents du colonat allemand. De par sa nature juridique qui confère force de loi à leurs actions, les différents responsables se retrouvent dès lors davantage responsabilisés, solidaires et impliqués dans une politique sanitaire qui ne tardera pas à produire des résultats positifs. Face aux périls des grandes²³ endémies tropicales le Gouverneur Otto Gleim va, lui aussi, prendre un décret, notamment celui du 6 mai 1911, relatif à des mesures de préventions particulières : c'est ainsi qu'il va préconiser la stratégie des campagnes de vaccination, notamment contre la variole.

À ces premières campagnes de vaccination et de revaccination s'ajoute le système des premières mises en quarantaine pour celles des maladies à forte capacité de propagation et de

²³ « ASNOM - Le service de lutte contre les grandes endémies tropicales », site www.asnom.org/610.html pp. 1-2. Document consulté le 24/9/2004.

contamination. Le décret du 19 juin 1908 qui est pris par Seitz constitue le premier acte juridique qui permet de lancer les bases structurelles d'une réelle organisation médicale. L'objectif spécifique de cet acte est d'organiser le moyen susceptible de juguler l'expansion des endémies et, partant, de préserver la santé du personnel administratif allemand et celle des travailleurs autochtones. A cet effet, ces actes vont inaugurer l'époque des premières campagnes de vaccination de masse contre la maladie du sommeil. Une précision préalable tout de même : l'action allemande qui concerne uniquement l'ancienne Douala a le mérite d'engager de manière décisive une action stratégique de lutte contre les endémies. Cette action se résume en la construction et au développement heureux de structures sanitaires. A celle-ci, s'ajoute la pertinence des mesures prophylactiques. L'amélioration de la santé et de l'espérance de vie des Camerounais de cette époque, grâce à la quinisation et des mesures d'hygiène et de salubrité, préoccupent l'administration allemande, autant que la formation des autochtones aux formations médico-sanitaires (Zonko Tchakounté, 1998-1999 : 19-20).

La lutte contre les endémies

Sous l'impulsion du « référent médical » des stratégies de lutte contre les grandes endémies tropicales et les mesures d'hygiène et de prophylaxie y afférentes sont prises. Elles sont appliquées par les équipes de vaccination. Trois ans après le décret du 6 mai 1911, selon Adalbert Owona, on dénombrera 15 médecins pour 22 postes médicaux avec un budget de santé s'élevant à 510400 marks. Mais déjà en 1913, 372000 marks avaient été alloués à la lutte contre la maladie du sommeil (*Ibidem*). Il est significatif de constater qu'une véritable politique sanitaire ne débute qu'en 1908 alors que l'Allemagne occupe le *Kamerun* depuis 1884. Mais, ceci s'explique certainement par le fait que l'Allemagne était davantage préoccupée par l'exploitation multiforme de son protectorat: le souci sanitaire n'intervenant par conséquent qu'à partir du moment où les endémies ont des répercussions sur le maintien de la main d'œuvre. Franklin Eyelom souligne -toujours pour éclairer la position allemande- sur cet aspect précis que « le rapport médical de l'année 1909-10 mentionne 48% de décès chez les enfants ; en 1912, 26% des travailleurs meurent dans les plantations » (Eyelom, *op. cit.* : 76). Le personnel autochtone est donc particulièrement affecté par la virulence des endémies. Les soins de santé des enfants ne permettent pas encore d'assurer une couverture sanitaire importante: ce qui justifie le chiffre important et révélateur de 48%. Tous les Gouverneurs allemands n'ont donc pas intégré cette préoccupation médicale dans leur politique de gestion du territoire sous leur responsabilité. La question sanitaire connaît donc des débuts timides. Seuls Seitz et Gleim

dont le temps de gouvernorats cumulés ne fait pas une dizaine d'années -comme le montre le tableau IV ci-dessous- en avaient saisis l'importance.

Tableau IV

Les Gouverneurs allemands au Kamerun de 1884 à 1916

Noms des Gouverneurs allemands	Durée de leur mandat au Kamerun
Max Bucher	1884-1885
Julius Von Soden	1885-1891
Eugen Von Zimmerer	1891-1895
Jesko Von Puttkamer	1895-1907
Theodor Seitz	1907-1910
Otto Gleim	1910-1912
Karl Ebermaier	1912-1916

Sources : Notre synthèse des travaux de H.R. Rudin, E. Mveng, F. Eyelom et V. J. Ngoh

En définitive, l'action sanitaire allemande marque le début d'une organisation hiérarchisée qui a le mérite de définir les tâches qui incombent à tous ceux et celles qui participent à l'édification de cette chaîne médicale. La pertinence des mesures prophylactiques et leurs conséquences sur la vie des autochtones grâce à la quinzisation, les mesures d'hygiène et de salubrité tout comme l'intégration des autochtones aux formations médico-sanitaires (Zonko Tchakounté, *op. cit.* : 19-20) inaugurent un nouvel environnement de la question médicale au Cameroun. Dès lors, l'histoire sanitaire du Cameroun se met inexorablement en route, bien que l'action allemande sera arrêtée nette par l'issue de la Première Guerre mondiale comme nous l'avons déjà préalablement souligné. Les Allemands n'auront donc pas eu le temps matériel nécessaire pour mener à terme leur politique sanitaire (Chauleur, 1936 : 161). Jusqu'à sa défaite complète, il avait été établi par M. Delcassé et Sir Edward Grey que le Cameroun sera désormais dirigé conjointement par la France et l'Angleterre sous le régime du condominium (administration provisoire) (Levine, 1984 : 66).

Les Généraux Aymérich pour la France et Dobell pour l'Angleterre s'emploient donc activement, durant cette courte période (1914-1916), à administrer le Cameroun. C'est l'Accord du 4 mars 1916 qui va mettre fin au condominium et permettre par conséquent aux anciennes forces alliées d'administrer séparément le Cameroun, selon leurs sensibilités propres (*Ibidem*). L'action sanitaire française qui va suivre s'inscrit globalement dans la même

perspective d'amélioration de la santé des autochtones et du personnel du colonat français. C'est ce qui va justifier très tôt déjà les présences à Douala, notamment du médecin du gouvernement, Plehn, arrivé en 1897 et affecté au nouvel *Hôpital pour Européens*, et du médecin-major de 1^e classe, Jojot, arrivé en décembre 1914 et affecté à *l'Hôpital de Base de Douala* (Zonko Tchakounté, *op. cit.* : 21-31 ; Wang Sonne, 1983 : 53 et ss.). Pour la ville de Yaoundé, ce sera respectivement le médecin aide major, Jullemier, arrivé en 1916, et le médecin aide major, Nouveau, arrivé le 27 avril 1917 (*Ibidem*), qui sont les premiers responsables de santé à prendre place au Cameroun d'expression française.

L'action sanitaire française

Le territoire dont hérite la France, au sortir de la Première Guerre mondiale, en 1916, connaît donc une situation sanitaire préoccupante, le paludisme, la trypanosomiase, la méningite cérébro-spinale, la syphilis, le pian, la dysenterie bacillaire et amibienne, etc. font des ravages parmi les populations autochtones. De nombreux travaux et des rapports relatifs à la situation sanitaire interne du Cameroun adressés à la Société Des Nations attestent de cette réalité (Martin, 1921 : 125-130 ; Rapports du Cameroun adressés à la SDN, 1929 ; 1938). Plus globalement, l'Afrique française, à la même époque connaît une situation identique (Iliffe, 1997 : 338-343). Pour l'administration coloniale française, la lutte contre les grandes endémies passe préalablement par la consolidation de l'impératif de salubrité et d'hygiène. Pour ce faire, les administrateurs français s'emploient à repenser et à consolider l'héritage formel/informel du legs allemand. A cet effet, le cadre institutionnel est revu, des mesures administratives sont prises.

L'arrêté du 16 novembre 1916

Deux circulaires, respectivement celle relative à « *l'hygiène coloniale et à la ségrégation* » (Joc 1916-1917 : 39) et celle concernant « *l'hygiène générale des villages indigènes* » (*Ibid* : 127) avaient déjà montré à suffisance toute l'attention que les autorités françaises accordaient à la question sanitaire. Mais, l'arrêté du 16 novembre 1916 va marquer le début du maillage sanitaire au Cameroun sous administration française. C'est ainsi qu'une armature structurelle et infrastructurelle se met en place avec l'avènement d'institutions hospitalières, des services d'hygiène et de salubrité. Cet arrêté porte aussi création d'un service médical qui est dirigé par un médecin militaire nommé par un arrêté du Commissaire de la République. Ce nouveau responsable exerce en outre directement son autorité sur plusieurs services de santé, notamment

celui des troupes militaires, ou celui des établissements hospitaliers. Les services de police sanitaires, d'hygiène et de santé publique relèvent aussi directement de son autorité. Le médecin est donc ce soldat-pasteurien, fondamentalement hygiéniste dans son approche qui exerce sa fonction à la tête d'une équipe d'hygiène mobile. Il est soutenu dans l'exercice de ses fonctions multiples²⁴ par une *équipe d'auxiliaires autochtones*.²⁵ Mais, il est toutefois important de nuancer un peu les choses à ce niveau. En effet, entre l'enthousiasme au demeurant justifié par les innovations apportées par le nouveau cadre institutionnel d'une part, et l'ambition médicale cachée (constituer des zones d'expérimentation médicales)²⁶ et ses effets pervers, d'autre part, qui va tout de même permettre l'implémentation du projet biopolitique pasteurien, il convient de rester extrêmement prudent quant à une attitude triomphaliste qui consisterait à ne relever que des conséquences positives par rapport à cette action sanitaire. On peut d'ailleurs légitimement apporter la même réserve au film de François Caillat et de Silvia Radelli « Médecins de brousse. Les médecins militaires au temps des colonies » paru en France en 2011. Compte tenu donc de l'urgence des maladies tropicales dont les grandes endémies constituent le corpus de pathologies répertoriées, étudiées et combattues, le (nouveau) médecin doit être capable d'assurer les tâches ci-après :

- traiter les malades,
- contrôler et vérifier au microscope comme un biologiste,
- faire des opérations de petite chirurgie,
- être accoucheur et pédiatre,
- assurer la fonction de médecin-légiste,
- être administrateur-gestionnaire,
- assurer le rôle de « sentinelle épidémiologique » en signalant les évolutions des pathologies.²⁷

On observe ici que la fonction de médecin ne se résume plus globalement à la centralisation des aspects administratifs de la lutte contre les endémies. Son action ne se focalise plus exclusivement sur la tutelle qu'il exerce discrétionnairement sur les autres auxiliaires de la santé. Le médecin doit désormais être doté d'une expertise plurielle qui le rend capable de gérer avec efficacité le processus épidémiologique des pathologies endémiques. Il se trouve

²⁴ Dossier : « La médecine coloniale », site www.troupesdemarine.org/traditions/histoire/hist012.htm, p. 8. Document consulté le 24/9/2004.

²⁵ Le cas pour les zones où sévissaient de manière endémique la maladie du sommeil au Cameroun, en l'occurrence à l'Est. Pour illustration : G. Lachenal, « Le médecin qui voulut être roi. Médecine coloniale et utopie au Cameroun », janvier-février 2010, *Annales, Histoire, Sciences Sociales*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 65^e année – n°1, Armand Colin, pp. 131-156.

²⁶ Dossier : « La médecine coloniale », site www.troupesdemarine.org/traditions/histoire/hist012.htm, p. 6. Document consulté le 24/9/2004.

²⁷ Dossier : « La médecine coloniale », site www.troupesdemarine.org/traditions/histoire/hist012.htm, Document consulté le 24/9/2004.

désormais en amont et en aval de ce laborieux processus : il y a donc comme un décentrement de sa position initiale de simple *référént* pour le rapprocher davantage des sollicitations concrètes. Certes, c'est bien depuis l'administration coloniale allemande que l'urgence à soigner, par exemple, les trypanosomés, se pose avec acuité. Mais, les conditions de vie (échanges commerciaux et l'avènement des voies de communication notamment) favorisent l'expansion de cette endémie. C'est à cause de l'ampleur de ce phénomène précis, et surtout pour reconsidérer les limites réelles de son extension géographique que la *Mission Permanente de Prophylaxie du Cameroun* est créée en juillet 1916. Cette mission est composée au départ de 11 médecins, 20 agents sanitaires européens et 150 infirmiers indigènes. Les préjugés de l'extension géographique de la THA seront remis en cause par les conclusions du travail d'équipe dirigé par le Colonel-médecin Jamot : « [...] la maladie n'était pas localisée sur les rives du Nyong et de ses affluents, mais [qu'] elle [s'] était diffusée dans tous les villages de la région et que dans toutes les directions elle s'étendait très loin de son foyer primitif [le Haut-Nyong] ». (*Ibidem*)

Les villes de Sangmélima (6 à 42%), Lomié (6 à 34%), Batouri (4 à 59%), Ngaoundéré (0 à 13%), Nanga-Eboko (0 à 78%) et Yaoundé (14 à 51%) présenteront toutes à l'issue de cette étude des coefficients de morbidité très élevés.²⁸ Une mission de prophylaxie est organisée en 1926 sous la supervision de Jamot. En 1932, lorsqu'elle prend fin, on est arrivé à en délimiter géographiquement les principaux foyers autant qu'on a réussi, grâce aux équipes mobiles, à dépister près de 150.000 nouveaux trypanosomés. La Deuxième Guerre mondiale, parce qu'elle mobilise les médecins français (qui sont pour l'essentiel d'abord des soldats) aux différents fronts, va déstabiliser la dynamique de lutte contre la THA au Cameroun. Toutefois la « *Conférence Africaine Française de Brazzaville (1944)* » (Ki-Zerbo, 1978 : 499-501) va réhabiliter cette dynamique de lutte contre la THA, à cause des dégâts qu'elle cause dans les territoires africains sous tutelle française : l'AOF (Afrique Occidentale Française) et l'AEF (Afrique Équatoriale Française) constituent en quelque sorte les espaces cinétiques par excellence de cette endémie. On s'active, dès lors, à la création de services susceptibles d'entreprendre des stratégies efficaces de lutte, en même temps qu'on y associe la lutte contre d'autres endémies non moins redoutables sur le plan létal. C'est ainsi que le décret du 15 juin 1944 va instituer dans les territoires français d'Afrique noire les « *Services d'Hygiène Mobile*

²⁸ Elle s'est déroulée à Brazzaville du 30 janvier au 8 février 1944. Voir : J. Ki-Zerbo, 1978, *Histoire de l'Afrique Noire. D'Hier à Demain*, Paris, Hatier, pp. 499-501. Dans une perspective qui relate davantage les enjeux sociopolitiques des étapes du processus de la décolonisation de l'Empire français au début du 20e Siècle : X. Yacono, 1971, *Les étapes de la décolonisation française*, « Que sais-je ? » n°428, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 55-59.

et de Prophylaxie (SHMP ») (Encyclopédie de l'Afrique Française, *op. cit.* : 382).

Le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP)

Avant l'arrêté du 7 juin 1938 (dont nous examinerons le contenu plus loin), une structure sanitaire essentielle voit le jour : c'est le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie. Sa création qui est en partie « [...] due aux conséquences de la guerre, ne fut pas dans son intégralité une innovation, mais la reprise d'une ancienne formule qui avait fait ses preuves dans la lutte contre la maladie du sommeil et que l'on jugea utile d'étendre aux autres grandes endémies » (Encyclopédie de l'Afrique Française, *op. cit.*). Ce service s'occupe des campagnes de masse et sa spécificité est de soigner les trypanosomés. Mais, devant l'ampleur des dégâts causés par les grandes endémies, ses compétences sont étendues à la lutte et à la réduction d'autres pathologies comme la lèpre, le paludisme, la tuberculose et les maladies vénériennes (*Ibidem*). Le SGHMP, pour accroître son efficacité, est doté de sections chargées des campagnes de vaccination: c'est ainsi que la tuberculose, la variole, la fièvre jaune, les tréponématoses, les maladies vénériennes et le paludisme sont combattues avec efficacité. Les premières équipes du SGHMP entrent en fonction le 1^{er} janvier 1945. Le décret du 13 février 1947 va définir les attributions de ces équipes de travail. Il s'agit respectivement d'intensifier la lutte contre les endémies, de participer activement au traitement des malades, de centraliser les informations relatives aux maladies endémiques, enfin, d'étudier les problèmes relatifs aux questions d'hygiène et de salubrité (*Ibidem*).²⁹ Le SGHMP apparaît donc comme une structure incontournable dans le processus de lutte non seulement contre la THA, mais aussi contre d'autres endémies comme la lèpre ou la tuberculose. Enfin, le SGHMP va permettre la mise en pratique du concept de *médecine mobile* comme nous le verrons plus loin. Les médecins français de l'époque en charge du SGHMP sont le Lieutenant-Colonel Merle, le Commandant Brunel, le Lieutenant Ortolli, le Capitaine Peuch-Lestrade et le Lieutenant-Colonel Chastang. Ils sont respectivement Chef de la Section Antituberculeuse du S.h.m.p (ancienne dénomination du SGHM), Médecin Chef du Secteur Nyong et Sanaga, Chef de la Section Tréponématoses – Maladies Vénériennes du SGHMP et Chef de la Section Paludisme du SGHMP. Quelques-unes de leurs présentations synthétiques relatives aux pathologies nous instruisent sur les épidémies que leurs services avaient la charge d'éradiquer. Les réflexions et commentaires de ces responsables soulignent l'urgence à renforcer logistiquement les services en charge de la lutte contre les différentes endémies. Ce qui nous permet en conséquence d'en

²⁹ VT 1/60 : « Les grandes endémies », Ministère de la Santé Publique, SGHMP, pp. 1-9.

évaluer l'urgence et les enjeux sociaux, notamment sur le plan de la santé, et les questions de prophylaxie et de salubrité dans la vie quotidienne des autochtones. Enfin, ces notes soulignent la nécessité qu'il y a à davantage sensibiliser les masses autochtones au respect des règles élémentaires d'hygiène et de salubrité. [VT 1/60 : « Les Grandes Endémies... » : 1-9]

Les structures sanitaires pendant le condominium (1914-1916)

Cet effort de lutte contre les grandes endémies est poursuivi durant la période transitoire du condominium franco-britannique qui débute le 26 septembre 1914 et prend fin avec l'Accord du 4 mars 1916. La fin de cette période marquera l'établissement des nouvelles zones d'influence des nouvelles puissances tutrices au Cameroun, en l'occurrence la France et l'Angleterre (Lévine, 1984 : 66-72). D'après le docteur et pasteurien Gustave Martin trois hôpitaux (Martin, 1921 : 84-87) et une structure d'hygiène et de salubrité [Martin, 1921 : 344-346 ; 458] voient le jour durant cette période. Il s'agit de :

- L'hôpital de base de Douala (1914-1916) : Il est dirigé collégialement par les Anglais et les Français à travers deux services distincts. Les malades très atteints devaient rester dans le service anglais, tandis que le service français dirigé par le médecin-major de 1^{ère} classe des troupes coloniales, Jojot, devant exclusivement accueillir les malades légers européens. Cet hôpital est approvisionné en médicaments par les militaires anglais du corps expéditionnaire franco-britannique. C'est à partir de 1915 que le service français reçoit son approvisionnement en médicaments et en personnel médical, notamment des soldats infirmiers et du personnel soignant de la Congrégation de l'Immaculée Conception de Libreville, au Gabon. Selon un accord formalisé entre le Général Aymerich pour la France et le Général Dobell pour l'Angleterre, ces services seront sous la responsabilité exclusive de la France dès le 1^{er} avril 1916. C'est le médecin-major de 1^{ère} classe Jojot qui en deviendra le responsable numéro un.

- L'hôpital Annexe d'Akwa (1915-1916) : Au départ, il s'agit d'une infirmerie - « l'Infirmerie de Garnison » ou « Infirmerie d'Akwa »- dont les activités débutent le 24 mai 1915. Elle s'occupe essentiellement des malades atteints très légèrement ou convalescents. Cette infirmerie, depuis le 20 juillet 1915, est placée sous la responsabilité du médecin aide Major Marchand qui en assure aussi la gestion. Sa fermeture survient le 15 avril 1916.

- Le dépôt des convalescents d'Akwa (1915-1916) : Il est aussi connu sous l'appellation de « camp des porteurs » d'Akwa. Cette structure reçoit des malades souffrant pour la majorité de phagédénisme tropical (prolifération des ulcères en milieu tropical humide et sec) (Kernbaum 2001 : 466-685) dont les ulcères de la jambe constituent la manifestation essentielle. Très vite

encombré par le flot de malades sans cesse croissant, il connaîtra une extension de son ancien emplacement, l'école de l'ancienne *Baptist-Mission*. Son extension sera par la suite considérée comme une excroissance de l'Hôpital Annexe d'Akwa. Le « camp des porteurs » est supprimé le 22 mars 1916.

- Le service d'hygiène (1916) : Ce service s'occupe principalement de la police sanitaire conformément aux dispositions de deux Arrêtés locaux, notamment celui du 13 juillet 1916 et celui du 1^{er} décembre 1916. Le repérage des eaux stagnantes et, corrélativement, la lutte contre la formation des agents pathogènes qui y prolifèrent, constituent le credo du médecin aide major de 1^{ère} classe Huot (Joc 1916-1917 : 20)¹¹³ qui en dirige les opérations. Des mesures d'hygiène et de prophylaxie sont prises pour lutter efficacement contre le paludisme (lutte anophélicide) et la fièvre jaune (lutte stégomycide).

On observe aussi la destruction par mazoutage des glossines, laquelle a pour conséquence de faire reculer la trypanosomiase. Ce service fait l'effort d'imposer aux habitants de la ville de Douala les règles d'hygiène et de salubrité minimales, en l'occurrence dans les lieux à forte capacité de prolifération d'agents pathogènes tels les abattoirs, les prisons, les bouches d'épuration de matières usées, etc. Des structures sanitaires sont donc mises en place dans la ville de Douala (Zonko Tchakounté, *op. cit.* : 21-28). Il s'agit de répondre rapidement à la demande interne, en termes de prestations de soins médicaux de qualité. Il est aussi question de combler le déficit infrastructurel sanitaire des démolitions effectuées par les Allemands sur leurs propres installations (Mveng, 1963 : 345-361). Mais, c'est la lettre-circulaire de Lucien Fourneau, en date du 30 novembre 1916, qui nous situe davantage sur la marge de manœuvre des autorités françaises. Sous l'instigation de Fourneau en effet la lutte contre les grandes endémies au Cameroun va prendre une nouvelle impulsion. Sa lettre-circulaire met l'accent sur la complémentarité des tâches dévolues et à accomplir par les autorités en charge des questions de santé et de salubrité.

La lettre-circulaire du 30 novembre 1916 et l'aménagement normatif

La lettre-circulaire de Lucien Fourneau précise de nouveau et renforce davantage le rôle des autorités françaises en charge des questions de santé et d'hygiène. S'adressant spécifiquement aux médecins des Circonscriptions,³⁰

aux médecins des Circonscriptions,³⁰ voici ce qu'elle mentionne à ce propos :

Les Circulaires que vous avez déjà reçues et les derniers arrêtés parus vous donnent le devoir d'accorder tous vos efforts à propager l'influence française, grâce aux soins que vous saurez prodiguer à la population indigène, avec le zèle et le dévouement dont je vous sais capables. L'arrêté du 20 novembre 1916 (J.O. 1916, page 16), relatif aux Commissions sanitaires d'hygiène de circonscription, vous crée également l'obligation de surveiller avec une attention toute particulière l'éclosion des épidémies et de prendre à cet égard toutes dispositions utiles en vue de l'isolement des malades, et de la désinfection (art. 5). Il me paraît utile de préciser votre rôle. Dans le cas où vous avez connaissance de fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole, varioloïde, scarlatine, diphtérie, suette miliaire, choléra et maladies cholériques, peste, fièvre jaune, dysenterie, infections puerpérales, ophtalmie des nouveau-nés, méningite cérébro-spinale, vous devez en faire la déclaration au chef de circonscription. (Joc 1916-1917 : 182-183).

La même Circulaire précise aussi la complémentarité qui existe entre l'action des médecins des Circonscriptions et la Commission sanitaire d'hygiène. Le but de cette Commission sanitaire est précisément

[...] d'exercer une action commune à la vôtre en concordance avec vos efforts. Elle centralisera les renseignements parvenus de l'intérieur de votre circonscription et contrôlera dans les villages l'exécution des mesures ordonnées. Cette Commission, en cas d'indisponibilité de votre part ou en votre absence, se substituera à vous pour ordonner et prendre toutes mesures utiles. (*Ibidem*)

Toujours dans le souci d'une efficacité optimale dans la lutte contre les grandes endémies, la Circulaire de Fourneau aborde aussi la question de la cooptation des indigènes dans l'organisation de la lutte contre les grandes endémies. On y relève notamment que

La Commission sanitaire d'hygiène de chaque circonscription aura à étudier, au plus tôt, dans quelles mesures les chefs de village et les notables indigènes pourront être associés à la lutte contre les maladies infectieuses et à la prophylaxie, et dans quelles conditions ils pourront être mis dans l'obligation de faire la déclaration des cas de maladies épidémiques. (*Ibidem*)

Si l'action française contre les grandes endémies commence par l'ordonnancement juridique des textes et des principes qui vont régir l'action des médecins et de leurs auxiliaires, le souci de la mise sur pied d'un maillage sanitaire efficace s'impose de par l'urgence des dégâts causés par les grandes endémies. D'autres mesures institutionnelles sont prises à cet effet. C'est le cas de l'arrêté du 7 juin 1938 et l'avènement des deux paradigmes : la médecine mobile et la médecine fixe.

³⁰ C'est durant le mandat de la France au Cameroun. À cette époque, le Cameroun est dirigé par des Commissaires de la République: voir D. Abwa, 2000, *Commissaires et hauts-commissaires de la France au Cameroun (1916-1960). Ces hommes qui ont façonné politiquement le Cameroun*, [2e édition], Yaoundé, Presses Universitaires de Yaoundé et Presses de l'Université Catholique d'Afrique Centrale, pp. 77-418.

L'arrêté du 7 juin 1938 et l'avènement des paradigmes de « médecine mobile » et de « médecine fixe »

Dès 1916, des textes portant organisation des services de santé au Cameroun sont pris par les autorités coloniales françaises. Il s'agit d'un corpus de textes législatifs qui organisent structurellement les services de santé au Cameroun oriental. En son Titre I (Organisation générale), Chapitre 1, l'Arrêté du 7 juin 1938 qui organise désormais le fonctionnement des services de santé propose en ses Articles 3 et 4 la nouvelle nomenclature des services en charge des questions de santé. Désormais, les huit organismes du service central de santé sont:

- la direction du service de santé,
- l'institut d'hygiène et de microbiologie,
- la pharmacie centrale d'approvisionnement du service de santé,
- le service de prophylaxie de la maladie du sommeil,
- le centre d'instruction d'Ayos,
- les formations sanitaires européennes,
- l'Hôpital indigène de Douala,
- l'Hôpital indigène de Yaoundé.

Les organismes qui structurent désormais l'environnement régional sont au nombre de six. Ce sont des structures sanitaires qui prodiguent des soins curatifs et de prophylaxie.

On a à cet effet :

- les différents hôpitaux indigènes,
- les différents médicaux indigènes,
- les infirmeries indigènes,
- les dispensaires,
- les colonies agricoles de lépreux,
- les équipes médicales mobiles et d'assistance médicale indigène.

De ces articles 3 et 4, il ressort deux paradigmes relatifs à la philosophie médicale et sanitaire, notamment celui de *médecine fixe* et celui de *médecine mobile*. Ces paradigmes

permettent à la France d'engager une véritable stratégie opérationnelle de lutte contre les grandes endémies. Il convient aussi de souligner que ces deux paradigmes qui fondent en même temps les deux orientations principales des questions de santé et de salubrité sont centralisés par une structure essentielle pour le maillage sanitaire français : la direction de la santé publique, traditionnellement située dans les chefs-lieux.³¹ Initialement installée à Douala, elle est transférée le 15 avril 1922, à Yaoundé, par un arrêté du 13 mars 1922 par Jules Gaston Carde, Haut-commissaire de la République au Cameroun. Le paradigme de la « médecine fixe » renvoie aux structures médicales et sanitaires non-mobiles, c'est-à-dire les hôpitaux, dispensaires et lazarets. Cette approche médicale est par conséquent représentée par « [...] un ensemble de formations, d'établissements ou d'organismes et par les hôpitaux et dispensaires, domaine de la médecine curative » (Encyclopédie de l'Afrique Française, *op. cit.*).

En revanche, le paradigme de « médecine mobile » fait référence aux structures mobiles telles les premières ambulances coloniales qui allaient de contrées en contrées pour soigner des trypanosomés. Il renvoie donc essentiellement à « [...] la mise en œuvre de la prophylaxie et de l'hygiène au sein des collectivités ». ³² C'est ce à quoi s'attelle avec abnégation le SGHMP dont les membres sont le plus souvent appelés à partir en tournées de deux à trois semaines par mois [*Ibidem*], suivant un *plan pré-établi* pour des campagnes de vaccination de masse. Ce dernier aspect intègre donc les exigences de prophylaxie, d'hygiène et de salubrité.

Typologie des équipes de travail du SGHMP

Cinq types d'équipes vont mettre en pratique ces deux paradigmes de la santé. D'abord les équipes mobiles.

Les mobiles

Celles-ci sont affectées soit à une activité de dépistage, soit à une activité de traitement. Pour le premier cas, les équipes mobiles sont

ces groupes (qui) détectent les malades. Certains d'entre eux, tout en ayant une action polyvalente, conservent comme objectif majeur la maladie du sommeil. Très étoffés, ils comprennent dix à quinze infirmiers, placés en principe sous le commandement d'un médecin ou d'un assistant sanitaire qualifié ; visitant tout le pays, village par village, ils procèdent sur tous les habitants à un examen clinique d'ensemble complété, dans les

³¹ 3AC.1117, « Cameroun-Santé », 1916-1950, p. 1.

³² Dossier : « La médecine coloniale », site www.troupesdemarine.org/traditions/histoire/hist012.htm, pp. 8-9. Document consulté le 24/9/2004.

régions où la trypanosomiase est endémique, par un examen microscopique du sang et de la lymphe (Beaudiment 1951 : 127-131).

Ces activités seront complétées par la prospection de « maladies sociales », à cause de l'urgence de leur endémicité, précisément parce qu'elles sont contagieuses et dotées d'un fort pouvoir incapacitant, comme la lèpre, la tuberculose, le pian et les maladies vénériennes. On vaccine aussi les populations autochtones contre la variole et la fièvre jaune. Ensuite, on évacue, si l'urgence l'impose, les malades graves vers les formations sanitaires fixes.

Les fixes, les équipes de choc et la logistique

Le second groupe de médecine mobile a une action complémentaire à celle du premier groupe ; ce qui au final accroît l'efficacité de leurs actions conjuguées. Pour leur activité, les groupes mobiles de traitement sont de petites équipes restreintes. Ce sont des équipes

formées de trois ou quatre infirmiers seulement et commandées par un assistant sanitaire, ces équipes prennent en charge le traitement des malades dont elles reçoivent les listes établies par les groupes mobiles de dépistage. Elles tournent à une cadence beaucoup plus rapide, n'ayant pratiquement à administrer les médicaments, conformément aux instructions reçues ; elles donnent cependant des consultations elles aussi, mais en limitant aux affections courantes dont le diagnostic est évident et le traitement simple ; elles évacuent les cas sérieux sur les formations médicales fixes. Opérant exclusivement sur des axes automobilisables, ces groupes sont dotés pour leurs déplacements d'un camion léger. (*Ibid* : 131-132)

Le troisième groupe est chargé de lutter contre « diverses épidémies ». Ce sont des personnels susceptibles d'être affectés, à tout moment, à un endroit d'où surgirait subitement une épidémie : il s'agit donc des équipes de choc. Celles-ci travaillent sous la responsabilité d'un assistant sanitaire ou d'un infirmier qualifié. Le quatrième groupe est constitué d'équipes chargées de la prospection entomologique. Ces équipes traquent les insectes et leurs gîtes sous le contrôle d'un agent spécialisé. Les échantillons recueillis et soigneusement étiquetés sont acheminés en laboratoire pour examens approfondis.

Le cinquième et dernier groupe de la chaîne s'occupe de la destruction des gîtes porteurs des insectes vecteurs de pathologies. Son effectif est composé de manœuvres et d'engins lourds, au cas où il faudrait procéder à quelques terrassements (Beaudiment, *op. cit.*). À côté de cette action déterminante qui avait pour figure de proue le médecin-colonel Eugène Jamot

et ses aides de santé indigènes, il convient d'en relever une autre, discrète certes, mais tout autant déterminante: celle du médecin major Gustave Martin. (Martin, 1921 : 88)

L'action déterminante de Gustave Martin

En effet, Gustave Martin arrive au Cameroun dans un contexte particulier: depuis le 14 mai 1916, suite à un arrêté local, le Cameroun est désormais divisé en circonscriptions elles-mêmes partagées en subdivisions. Par ailleurs, un médecin prendra désormais la direction des questions de santé dans chaque chef-lieu de ces nouvelles circonscriptions.

L'avènement de la Direction du Service de Santé

Une autre innovation consiste en la création d'une direction du Service dès le 1^{er} juillet de la même année. C'est ainsi que

Le 7 juin, le médecin-major de 1^{ère} classe Gustave Martin, désigné pour cet emploi, attendait suivant les ordres du G.Q.G. l'arrivée de son remplaçant au 1^{er} C.A.C. et s'embarquait à Bordeaux le 22 août, pour arriver le 7 septembre à Douala. Le nouveau Directeur du Service de Santé prenait avant son départ de Paris, des instructions auprès du Département sur le programme à suivre au point de vue assistance, hygiène et police sanitaire. Il obtenait la nomination du médecin-major de 2^e classe Rousseau, comme chef de laboratoire bactériologique de Douala. Ce bactériologiste arrivait le 8 octobre 1916. [...] Le Directeur du Service de Santé était nommé Inspecteur des Services sanitaires civils (18 novembre 1916) et les premières instructions envoyées à tous les médecins des postes, commençaient à recevoir leurs applications. (*Ibidem*)

Gustave Martin commence donc par faire un état exhaustif des lieux. Pour ce faire, il esquisse une cartographie sanitaire et hygiénique et définit les stratégies de lutte à adopter (*Ibidem*). Pasteurien de la première heure ayant œuvré d'abord au Congo, il va se référer au travail effectué par l'administration allemande. C'est après son installation à Douala qu'il organise les aspects conceptuels, stratégiques et opérationnels de toute la police sanitaire française. Il est important de préciser que le développement social, pour les territoires sous administration française, s'est conçu et opéré sous la responsabilité des administrateurs de l'École Nationale de la France d'Outre-mer (ENFOM) (Clauzel, 2003). La situation sanitaire alarmante dans ces territoires était déjà décrite par le Gouverneur Sanmarco, autant que les difficultés inhérentes à l'application de mesures sanitaires efficaces au Cameroun. Les administrateurs Jacques Ferret et Guy Georgy, respectivement en charge des subdivisions de Sa'a dans l'actuelle Région du Centre, en pays *Eton* et de la Région du Nord, en feront la triste

expérience. En effet, les populations réagissaient parfois violemment contre leurs initiatives (Clauzel, *op. cit.* : 227-252).

Consolider le maillage administratif

Ainsi donc avec l'arrêté du 7 juin 1938, il s'agit de consolider la dynamique du maillage sanitaire sur le plan structurel. Les hôpitaux à Douala et Yaoundé, le Centre d'Instruction Médicale d'Ayos (CIM) (Nkili 1973) et l'Institut d'Hygiène et de Microbiologie de Douala constituent à ce titre des structures stratégiques qui vont rendre opérationnelles les stratégies de lutte contre les grandes endémies. L'action sanitaire et médicale française vient donc clore un processus laborieux. Il s'agit du processus normatif et institutionnelle constitutif de toute la sociogenèse de l'histoire sanitaire du Cameroun d'expression française.

Tableau V

Les Gouverneurs français au Cameroun de 1916 à 1938

Noms des Gouverneurs français	Durée de leur mandat
Joseph-Gandérique Aymerich	1916
Louis Lucien Fourneau	1916-1919
Jules Gaston Carde	1919-1923
Théodore Paul Marchand	1923-1933
Auguste François Bonnacarrère	1933-1934
Jules Vincent Victor Repiquet	1934-1936
Pierre Boisson	1936-1938
Richard Edmond Maurice Edouard Brunot	1938-1939

Source : Abwa, op. cit., pp. 80-249

Conclusion

Ces corpus d'éléments relatifs à la connaissance de l'histoire médicale du Cameroun d'expression française sont des points d'ancrage d'une réflexion de fond : à ce titre, ils ne plantent que le décor sociohistorique ayant globalement prévalu à ces temps immémoriaux quand le Cameroun se limitait à la côte littoral et, plus tard, à un agrégat géopolitique structurée depuis 1916. Cette connaissance participe, fondamentalement, d'après l'historien camerounais Adolphe Wang Sonne, prématurément décédé en 2001, de la genèse de notre histoire sanitaire qui tire son origine de l'exploitation économique. A ce titre, il eut à mener une étude intitulée « Les principales étapes historiques de la pénétration sanitaire européenne dans les provinces

du Littoral, du Sud-Ouest et Nord-Ouest, 1884-1961 » dont l'un des résultats préliminaires donna lieu à un texte intitulé à dessein « Les premiers 'Médecins Africains' Camerounais. L'évolution d'une élite autochtone au service de l'action sanitaire française au Cameroun 1932-1950 ». ³³ Il s'agit là de travaux pionniers qui proposaient déjà des éclairages édifiants sur cette problématique. Six ans auparavant, et toujours du même auteur, cette préoccupation avait été l'objet d'une thèse d'histoire intitulée : « Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française » (Thèse de 3^e Cycle, Univ. de Ydé., 1983). L'urgence à engager aujourd'hui cette réflexion à propos des contours épistémologiques de cette histoire sanitaire participe donc de la nécessité à réhabiliter un aspect essentiel de l'historiographie camerounaise. La complexité de ses aspects normatifs classiques et la complexité de ses dimensions anthropologique, historique et politique interpellent de plus en plus les spécialistes de sciences sociales. Et, comme nous le mentionnions déjà dans l'une de nos contributions de presse, ³⁴ il est aujourd'hui nécessaire que l'histoire sanitaire du Cameroun, dans tout son ensemble, ou tout au moins depuis 1916, soit réhabilitée tout au moins pour deux raisons essentielles :

1). Elle est le parent pauvre de notre historiographie, et devrait davantage être connue du grand public et des milieux universitaires, ce d'autant plus qu'elle participe fondamentalement d'un projet hygiéniste pasteurien dont on n'a pas encore évalué les impacts multiples.

2). Cette histoire, de par les éclairages qu'elle apporte à la connaissance et l'évolution non seulement sociopolitique du Cameroun, mais aussi les trajectoires socioprofessionnelles qui fondent cette connivence intrinsèque politico-administrative entre un statut social sociologiquement privilégié (celui d'abord d'*aide de santé*, ensuite de *médecin africain* et enfin de *docteur en médecine*) et l'aspiration à devenir des hommes politiques d'envergure (les exemples sont légion à cet effet : on peut citer, de mémoire, Charles Assalé, Simon Pierre Tchoungui, Bebey Eyidi, Félix Roland Moumié, etc.) (*Ibidem* ; Guillemain, 2007-2008 : 13-24). Au point où on pourrait parler, aujourd'hui, sans exagération aucune, d'une sorte de « double sacre indigène » pour subvertir le paradigme de Janvier Onana concernant les conditions d'émancipation politique des *indigènes évolués* du Cameroun (Onana, 2004).

³³ Cet article se trouve dans l'ancienne revue *Science et Technique*. Série Sciences Humaines de l'ex Ministère de l'Enseignement Supérieur, de l'Information et de la Recherche Scientifique (Mesires), Vol. 6, décembre 1989, n°3-4, pp. 91-110. Pour Wang Sonne, il est clairement établi que l'exploitation économique est à l'origine de la question sanitaire au Cameroun, Wang Sonne, 1983, « Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française, 1916-1945 », thèse de doctorat de 3^e cycle en histoire, Université de Yaoundé, pp. 30-34.

³⁴ J. Owona Ntsama, « Les oubliés de l'histoire sanitaire du Cameroun, cinquante ans après... » Quotidien *Le Jour*, n°0725 du mercredi 07 juillet 2010, p. 9. www.lejourquotidien.com

ANY (Archives Nationales de Yaoundé)

ANY. J.O.C., 1916-1917, Circulaire du Gouverneur Lucien Fourneau.

ANY. 3AC 1117. Cameroun. Santé. 1916-1950, (L'œuvre sanitaire au Cameroun 1916-1950).

ANY. 2AC 3779. Santé. 1919-1920, (Rapport annuel sur le fonctionnement du Service de santé du Corps d'Occupation (1^{er} sept.1919 au 1^{er} Sept.1920) par le Médecin Principal de 2e classe Lépine. Chef de Service).

Rapports du Cameroun adressés à la SDN de 1929 et de 1938.

ANY. 1AC 5052 (12). Santé. Formation 1931, (Arrêté n°2770 du 30/12/1931 désignant les formations hospitalières indigènes).

ANY. 3AC 1439. Inspection médicale, 1934-1938, (Diverses correspondances relatives à la prospection médicale au Cameroun de 1934 à 1938).

ANY. 1AC 5373. Santé. Évolution, 1936, (Dossier relatif à l'évolution approximative des organismes centraux de la Direction du Service de Santé du Cameroun, 1936).

ANY. N.F. 84/9 Minutes de la Correspondance avec les régions. Santé. Correspondance 1937.

ANY. 1AC 5676. Hygiène. Réglementation, 1937, (Arrêté n°371 du 1^{er} Octobre 1937 du Gouverneur fixant les règles générales d'hygiène et de salubrité publique à appliquer dans le territoire du Cameroun sous mandat français, 1937).

ANY. 1AC 2138. Hygiène Publique. Règlementation, 1937, (Arrêté du 1^{er}-10-1937 fixant les règles générales d'hygiène et de salubrité publique à appliquer dans le territoire du Cameroun, 1937).

ANY. 2AC 3784 Yaoundé + Douala. Hôpital indigène. Réorganisation, 1937, (Décision n°2889 du 29 déc.1937, du Gouverneur portant incorporation dans le service central du service de santé du Cameroun : Hôpitaux indigènes de Douala et de Yaoundé).

ANY. N.F. 872/10. Santé Publique. Correspondance 1937, (Correspondance avec le ministère des Colonies, 1937).

ANY. APA 10278/D. Santé, (Épidémies – Maladies signalées, 1937-1947).

APA 11707/ Rapport Annuel, (Partie administrative et médicale), 1938.

APA 11707. Service de Santé, (Rapport annuel, partie administrative et partie médicale [2 Vol.] 1938).

ANY. 1956, 1AC 1671. Fondation Ad Lucem. Installation, 1956.

TA-1, Résumé des rapports du territoire sous-mandat de l'Afrique occidentale.

VT 1/60 : « Les grandes endémies », Ministère de la Santé Publique, SGHMP.

Bibliographie

- Abwa, D. 2000. Commissaires et hauts-commissaires de la France au Cameroun (1916-1960). Ces hommes qui ont façonné politiquement le Cameroun, [2^e édition], Yaoundé, Presses Universitaires de Yaoundé et Presses de l'Université Catholique d'Afrique Centrale.
- AFRI-CAM, Histoire et Arts. 1983. *Revue FONDECAM* d'histoire et des arts d'Afrique et du Cameroun, Yaoundé, 0.
- Amaury, L. & Taraud, C, (Sous la direction de). 2013. Nouvelle histoire des colonisations européennes (XIX^e-XX^e siècles). Sociétés, cultures, politiques. Préface de Catherine Coquery-Vidrovitch, Paris, PUF.
- Autrepart, Revue de sciences sociales au Sud*, 2004, « Les objets de la santé », n° 29, sous la dir. de Laurent Vidal, Armand Colin/ IRD Editions
- Bado, J. 2011. Eugène Jamot 1879-1937. Le médecin de la maladie du sommeil ou trypanosomiase. Paris, Éditions Karthala.
- . (sous la dir.) 2006. Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique. Paris, Karthala.
- Bassong, R.Y. 2002-2003. L'action médicale des missionnaires presbytériens américains dans la région d'Abong-Mbang : 1926-1936. Maîtrise d'Histoire, Université de Yaoundé I, Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines.
- Bayart, J. 2009. Les études postcoloniales, une invention politique de la tradition ? *Société Politiques Comparées. Revue Européenne d'Analyse des Sociétés Politiques*, 14, avril.
- Bouche, D. 1991. Histoire de la colonisation française, Tome second. Flux et reflux (1815-1962). Paris, Fayard.
- Bouchaud, J. 1952. La côte du Cameroun dans l'histoire et la cartographie. Des origines à l'annexion allemande (1884-). Mémoire de l'IFAN, 5.
- Brutsch, J. 1951. Les débuts du christianisme au Cameroun. *Études Camerounaises*, 33-34.
- Chaleur, P. 1936. L'œuvre de la France au Cameroun. Yaoundé, Imprimerie Nationale
- Chatué, J. 2006. A quand les états généraux de la santé au Cameroun ? *Terroirs, Revue africaine de sciences sociales et de culture*, 1-2, Academia Africana.
- Clauzel, J, (Sous la dir.). 2003. La France d'outre-mer (1930-1960). Témoignages d'administrateurs et de magistrats, Paris, Karthala.
- Criaud, J, 1990. L'invité du mois : le Révérend Père Jean Criaud. *Cameroon Tribune*, 4695 du mercredi 8 août.

- Debarge, J. 1934. La mission médicale au Cameroun. Paris, Société des Missions Évangéliques.
- Dictionnaire de Médecine. 2001. 7e édit. (Sous la dir. De S. Kernbaum), Paris, Flammarion, Coll. Médecine-Sciences.
- Dikoumé, A. 1985. Du portage comme point de départ de l'économie coloniale au Cameroun. *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Série Sciences Humaines*, 1/2.
- Djientcheu Kameni, G.P. 1996. L'œuvre de la fondation médicale AD LUCEM au Cameroun. Le cas de l'Hôpital AD LUCEM de Banka-Bafang', 1947-1972. Maîtrise d'histoire, Université de Yaoundé 1, Département d'histoire, Faculté des Arts, Lettres et des Sciences Humaines.
- M'Bokolo, E. 1978. Des Missionnaires aux explorateurs. Les Européens en Afrique, Vol. 7, Paris, Coll, ABC.
- Encyclopédie de l'Afrique Française. 1951. Paris, Éditions de l'Union Française.
- Etoga, E, F. 1971. Sur les chemins du développement. Essai d'histoire des faits économiques du Cameroun, Yaoundé-Cameroun, CEPER.
- Eyelom, F. 2003. Le partage du Cameroun entre la France et l'Angleterre. Paris, L'Harmattan.
- Fotso, F. 1984. Action comparée des institutions chrétiennes, catholiques et protestantes dans le Département de la Mifi de 1913 à 1957. Maîtrise d'histoire, Université de Yaoundé1, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Département d'histoire.
- Foray, S., & Joseph. 1981. *Louis-Paul Aujoulat. Médecin, missionnaire et ministre*. Paris, Association Internationale des Amis du Docteur Aujoulat.
- Guillemenin, L. 2007-2008. Trajectoires socioprofessionnelles des médecins camerounais. Mémoire de master 2 de science politique, Université Paris I-Panthéon Sorbonn, Département de Science Politique.
- Iliffe, J. 1997. Les Africains. Histoire d'un continent. Paris, Flammarion.
- Jamot, E. 1930. La maladie du sommeil au Cameroun. *Africa, Journal de l'Institut International des Langues et Civilisations Africaines*, 3/2, Oxford University Press, London, Humphrey Milford.
- Kamwa, D. 1998-1999. L'action sanitaire française dans la région du Noun, 1916-1945 : Approche historique. Diplôme de Professeur de l'Enseignement Secondaire Deuxième Grade, DIPES II, ENS-Yaoundé, Département d'Histoire et de Géographie.
- Ki-Zerbo, J. 1978. Histoire de l'Afrique Noire. D'Hier à Demain, Paris, Hatier

- Kouachie T.E.L. 1998-1999. L'œuvre sanitaire de la Société des Missions Évangéliques de Paris au Cameroun : le cas de l'hôpital protestant de Ndoungué, 1932-1999. Diplôme de Professeur d'Enseignement Secondaire de Deuxième Grade, DIPES II, ENS-Yaoundé.
- L'Encyclopédie de la République Unie du Cameroun. 1981. T.4, Les Nouvelles Éditions Africaines.
- Lachenal, G. 2014. Le médicament qui devait sauver l'Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies. Paris, Les empêcheurs de penser en rond/La Découverte.
- . 2010. Le médecin qui voulut être roi. Médecine coloniale et utopie au Cameroun. Janvier-février 2010, *Annales, Histoire, Sciences Sociales*, Editions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 65^e année – 1, Armand Colin.
- Léonard, E. G. 1950. Histoire générale du protestantisme, Paris, PUF.
- Lesegretain, C. 1990. Les grands ordres religieux, hier et aujourd'hui. Paris, Fayard.
- Levine, V. T. 1970. Cameroun du mandat à l'indépendance. T. 2, Paris, Nouveaux Horizons.
- Martin, G. 1921. L'existence au Cameroun. Etudes sociales. Etudes médicales. Etudes d'hygiène et de prophylaxie, Paris, Emile Larose.
- Moulin, A. 1996. De la médecine tropicale à la santé au pluriel. *Les sciences hors d'occident au XX^e siècle*, Série sous la dir. de Roland Waast, 4, Médecins et santé, Paris, ORSTOM Editions.
- Mveng, E. 1990. (Sous la dir.). 1890-1990, L'Église Catholique au Cameroun, 100 ans d'évangélisation. Album du Centenaire, Rome, Presso Grafiche Dehoniane
- . 1963. Histoire du Cameroun. Paris, Présence Africaine
- Ngoh, V. J. 1990. Cameroun 1884-1985. Cent ans d'Histoire [Traduit de l'anglais par Jacques Kateu, John Enow Taku et Wang Sonnè]. Yaoundé, Ceper
- Ngoué, J. V. 1979. La fondation protestante de Sakbayémé et son rayonnement socio-culturel de 1915 à 1946. Diplôme d'Études Supérieures (DES) d'Histoire, Université de Yaoundé.
- Ngon, T. P. 2000-2001. L'œuvre médicale presbytérienne au Cameroun : le cas de la région du Mbam, 1927-1979. Maîtrise d'histoire, Université de Yaoundé I, Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines.
- Ngongo, L. P. 1987. Histoire des institutions et des faits sociaux du Cameroun : 1884-1945. T. 1, Paris, Berger-Levrault.
- Quinn, F. 1989. Rencontres dans la forêt dense : les Bèti et les Allemands, 1887-1916. Martin Zachary Njeuma (Sous la dir.). *Histoire du Cameroun (XIX^e s.-début XX^e s.)*, Paris, L'Harmattan.

- Nkili, R. 1973. Ayo, unité de prophylaxie, centre de formation. DES d'histoire, Université de Yaoundé.
- Turano, M. R. & Vandepitte, P. (Sous la dir.). 2003. Pour une histoire de l'Afrique. Douze parcours, ARGO.
- Onana, J. 2004. Le sacre des indigènes évolués. Essai sur la professionnalisation politique (l'exemple du Cameroun), préface de Michel Dobry. Édition Dianoïa, Chennevières-sur-Marne, Première édition, publié avec le concours de l'Université Paris X Nanterre.
- Owona, A. 1996. La naissance du Cameroun 1884-1914. Paris, L'Harmattan.
- Owona N. J., 2010. Les oubliés de l'histoire sanitaire du Cameroun, cinquante ans après.... *Le Jour*, 0725, du mercredi 07 juillet 2010, www.quotidienlejour.com.
- . 2010. A propos de l'histoire sanitaire du Cameroun : notes introductives. *ENJEUX, Bull. d'Analyses Géopolitiques pour l'Afrique Centrale*, FPAE, 44, Juillet-Septembre 2010, 54-56, www.fpae.net.
- Oyono, F. L. 1980. Le vieux nègre et la médaille. Yaoundé, Club Afrique, Coll. Loisirs.
- Rudin, H.R. 1938. Germans in the Cameroon 1884-1914. A Case Study in Modern Imperialism. London, Jonathan Cape, Ltd.
- Roux, F. 1888. Traité pratique des maladies des pays chauds. Maladies des systèmes lymphatiques et cutanés. T.3, Paris.
- Slageren, J.V. 1972. Les origines de l'Église évangélique du Cameroun. Missions européennes et christianisme autochtone. Yaoundé, Edit. Clé.
- Smouts, M. 2007. La Situation postcoloniale. Les postcolonial studies dans le débat français. Paris, Presses de Sciences-Po.
- Von Morgen, C. 1982. A travers le Cameroun du Sud au Nord. Voyages et explorations dans l'arrière-pays de 1889 à 1891. Traduction, présentation et bibliographie de Philippe Laburthe-Tolra, Paris, Serge Fleury.
- www.troupesdemarine.org/traditions/histoire/hist012.htm (Dossier: La médecine coloniale) Document consulté le 24/9/2004.
- Wang, S. 1989. Les premiers 'Médecins Africains' Camerounais l'évolution d'une élite autochtone au service de l'action sanitaire française au Cameroun, 1932-1950. *Revue Science et Technique*, Yaoundé, Ministère de l'Enseignement Supérieur, de l'Informatique et de la Recherche Scientifique, 3-4.
- . 1983. Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française, 1916-1945. Thèse de doctorat 3e cycle en histoire, Université de Yaoundé.

Yacono, X. 1971. Les étapes de la décolonisation française. *Que sais-je ?*, 428, Paris, Presses Universitaires de France.

Zonko Tchakounté, R. 1998-1999. L'évolution des hôpitaux pour européens à Douala de 1891 à 1945. Approche historique. Diplôme de Professeur d'Enseignement Secondaire de Deuxième Grade, DIPES II, Département d'histoire et de Géographie, ENS-Yaoundé.

Cet article est protégé par les droits d'auteur de l'auteur. Il est publié sous une licence d'attribution Creative Commons (CC BY NC ND 4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>) qui permet à d'autres de copier et de distribuer le matériel sur n'importe quel support ou format, sous une forme non adaptée, à des fins non commerciales uniquement, et à condition que l'auteur soit cité et que la publication initiale ait lieu dans ce journal.



This article is copyright of the Author. It is published under a Creative Commons Attribution License (CC BYNC ND 4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) that allows others to copy and distribute the material in any medium or format in unadapted form only, for noncommercial purposes only, and only so long as attribution is given to the creator and initial publication in this journal.