

Le médicament qui allait sauver l'Afrique

Un scandale pharmaceutique aux
colonies

Guillaume Lachenal

Ce qui apparaît au début du XXe siècle, c'est le fait que la médecine peut être dangereuse, non pas par son ignorance, mais par son savoir, précisément parce qu'elle est une science. (...) [Les] effets nocifs des médicaments ne sont pas dus à des erreurs de diagnostic ni à l'ingestion accidentelle de ces substances, mais à l'action de l'intervention médicale elle-même dans ce qu'elle a de fondement rationnel.

Michel Foucault, *Crise de la médecine ou de l'anti-médecine ?* (1976)

Introduction

Une anthropologie de la bêtise coloniale

12 novembre 1954, aux premières heures de la matinée. Comme chaque année, le Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie fait étape à Gribi, un village de l'Est du Cameroun. Tous les habitants, femmes et enfants inclus, se rassemblent pour recevoir leur injection annuelle de Lomidine. L'administration préventive de Lomidine à l'intégralité des populations – on parle alors de « lomidinisation totale » – est la priorité et la fierté des services de santé coloniaux de l'après-guerre. La technique est d'une efficacité sans précédent : une simple injection de Lomidine protège pendant plusieurs mois contre l'infection par le trypanosome, le parasite responsable de la maladie du sommeil. Face à une épidémie considérée comme le principal obstacle à l'essor démographique et à la « mise en valeur » des colonies africaines, la nouvelle stratégie autorise les plus grands espoirs : pour la première fois depuis le début du 20^e siècle, l'éradication est en vue. En 1954, aucun nouveau cas de maladie du sommeil n'a d'ailleurs été signalé aux alentours de Gribi.

Le travail de l'équipe est efficace. En deux jours, les quatre infirmiers recensent, examinent et « lomidinisent » plus d'un millier de personnes. Le 13 novembre au soir, le chef d'équipe, un « assistant sanitaire européen » nommé Ansellem, part passer la nuit à Yokadouma, le chef lieu de région, à trente kilomètres de Gribi.

Un événement inattendu trouble son repos: dans la soirée, un camion amène un habitant de Gribi qui se plaint d'un abcès douloureux à la fesse, vraisemblablement apparu suite à la piqûre de Lomidine. L'incident ne semble pas inquiéter Ansellem, qui maintient le programme de la tournée. Le lendemain matin, l'équipe lomidinise de nouveau trois cent personnes dans un autre village. Mais en fin de journée, les nouvelles de Gribi sont alarmantes : trois personnes y sont décédées, et une dizaine d'autres, tous lomidinisés deux jours avant, présentent des abcès inquiétants. Dans la soirée un camion arrive, comme la veille, à Yokadouma : il transporte cette fois vingt et un malades, qui doivent tous être hospitalisés. Ils ont la fesse et la cuisse très enflées, et leurs muscles présentent des signes de pourriture et d'éclatement ; « l'état général », selon le terme consacré, est très altéré. Deux malades meurent dans la nuit. Quatre ou cinq tombent dans le coma.

La liste des décès s'allonge d'heure en heure. Une catastrophe s'annonce, dont le diagnostic ne fait aucun doute : la piqûre de Lomidine a provoqué une infection bactérienne

évoluant en gangrène gazeuse, qui depuis la fesse s'étend au reste du corps, provoquant le gonflement et l'éclatement des tissus atteints. Malgré les renforts médicaux qui arrivent le 15 novembre, « l'accident de Yokadouma » provoquera au total plus de 300 gangrènes et la mort de 32 personnes – l'une des catastrophes médicales les plus brutales de l'histoire de l'Afrique.

Ce livre est une biographie de la Lomidine. Il retrace la trajectoire de ce médicament expérimenté pendant la seconde guerre mondiale, présenté comme un remède miracle à la maladie du sommeil, et délaissé à la fin des années 1950, lorsqu'une série d'accidents, à Gribi et ailleurs, précipitent l'arrêt des campagnes de lomidinisation. Mon ambition est cependant plus large : en prenant pour objet l'histoire d'une poudre blanche, injectée plus de dix millions de fois en Afrique pendant les années 1950, je souhaite expérimenter une nouvelle forme d'enquête sur les rapports entre médecine et colonialisme. En suivant pas à pas l'histoire d'un médicament, à la fois agent thérapeutique, technique de gouvernement, marchandise, objet d'expertise, de croyances, de récits et de controverses, il s'agit d'étudier comment la médecine a été un outil du pouvoir colonial et une scène de sa légitimation et de sa contestation. Il s'agit de comprendre comment, réciproquement, la révolution biomédicale de la seconde moitié du 20^e siècle a été marquée par l'expérience impériale.

L'histoire de la Lomidine ouvre une fenêtre sur le quotidien des politiques coloniales de « modernisation » mises en place en Afrique après la seconde guerre mondiale, en révélant ce qui fut leur envers : leurs logiques raciales, leur appareil coercitif et leur inefficacité constitutive, mais aussi la part de déraison que contenaient leur propres principes de rationalité, d'autorité et de scientificité – ce que j'appellerai leur bêtise. Entre utopie hygiéniste et catastrophe sanitaire, l'histoire de la Lomidine met à jour la contribution messianique, médiocre, enthousiaste et obstinée de la médecine à l'impérialisme européen. Elle permet de revenir sur le rêve colonial d'une Afrique libérée de la maladie, et sur les espoirs et les vies qui ont été laissés en route.

UNE RUINE EMBARASSANTE

Je voudrais commencer cette histoire là où elle se termine. A la fin des années 2000, dans l'Est de la France, sur les bords du Doubs, au cœur de la friche industrielle de « la Rhodia », comme on appelle encore affectueusement, à Besançon, l'ancienne usine Rhodiacéta. La Rhodia était pendant les Trente Glorieuses l'une des usines phare de la branche textile de Rhône Poulenc, alors le principal groupe chimique et pharmaceutique français. Avec plus de 3000 employés œuvrant à la production de Nylon et d'autres fibres

synthétiques, l'usine fut pendant les années 1960 le fleuron industriel de la région et un haut-lieu du fordisme à la française – et de sa contestation en 1967-1968. Touchée de plein fouet par le choc pétrolier et la restructuration du groupe qui a suivi, l'usine a fermé ses portes au début des années 1980, après plusieurs plans sociaux et autant de promesses de reprise et de renouveau¹. Du passé glorieux de la Rhodia, il ne reste à Besançon qu'une immense ruine, encombrante, trop compliquée à détruire et trop chère à réhabiliter.

Dans cette ruine subsiste un seul bâtiment fonctionnel. Il abrite la Société d'Archivage Moderne (SAM), une entreprise spécialisée dans « le stockage, la conservation et la destruction d'archives ». Créée au moment de la fermeture de la Rhodia, la SAM emploie une vingtaine de personnes, dont plusieurs « reclassés » de l'ancienne usine – l'archiviste qui m'a reçu, par exemple, était un ancien fileur de Tergal. Une modeste société d'archivage est ainsi tout ce qu'il reste de la Rhodia - comme si, une fois l'histoire industrielle achevée, sa mise en archive fonctionnait comme une continuation et une parodie du travail à l'usine. La SAM a hérité d'une partie des archives du groupe Rhône Poulenc, devenu Aventis, puis Sanofi, après une série de fusion-scission-acquisitions. Au sein de ces archives trois boîtes précieuses, qui contiennent les seuls dossiers portant sur la Lomidine auxquels j'ai eu accès du côté de son fabricant historique – la cinquième firme pharmaceutique du monde.

Les dossiers sont issus des Usines du Rhône à St Fons, près de Lyon, où la poudre de Lomidine était conditionnée. Ils retracent mille débats minutieux sur la meilleure manière de remplir, de boucher, d'étiqueter, d'emballer, de conserver et d'envoyer, en Afrique principalement, les flacons et ampoules de Lomidine. Questions arides, qui n'intéressent personne aujourd'hui, même pas les spécialistes ; questions de vie et de mort, nous le verrons, un jour de novembre 1954 à Gribi, dans l'Est du Cameroun. Je voulais commencer par ces archives, dont la consultation est venue clore mon enquête, après plusieurs années à essayer de les localiser et d'y accéder. Par leur contenu, leur forme et leur statut actuel, elles permettent d'énoncer plusieurs idées fondamentales de mon travail. Ces archives parlent tout d'abord des questions matérielles – la couleur, l'odeur et la texture d'une poudre, ses poussières et impuretés, l'esthétique de l'étiquette et la fragilité d'un flacon – qui sont au centre de mon enquête : le détour par la matérialité est pour moi une stratégie de recherche, qui permet de contourner le « cliché historiographique² » du face en face entre colonisateur et

¹ Nicolas HATZFELD et Cédric LOMBA, « La grève de Rhodiaceta en 1967 », in Dominique DAMAMME et al. (dir.), *Mai Juin 68*, Editions de l'Atelier, Paris, 2008, p.102-113; Pierre CAYEZ, *Rhône-Poulenc 1895-1975. Contribution à l'étude d'un groupe industriel*, A. Colin, Masson, Paris, 1988.

² Nancy Rose HUNT, *A colonial lexicon. Of birth ritual, medicalization, and mobility in the Congo*, Duke University Press, Durham, 1999, p. 24, 324.

colonisé et de se placer en deçà des textes et du langage des experts coloniaux. Elles illustrent ensuite la nécessité d'envisager la médecine coloniale en Afrique au delà des frontières respectives des différents Empires européens : les correspondances qu'elles réunissent retracent un réseau transnational et inter-impérial, qui reliait le secrétariat de l'une des plus grandes usines chimiques de France avec l'Angola portugais, le Congo Belge ou la Guinée Française ; réseau à la fois commercial, médical et scientifique, qui passe par Vitry-sur-Seine, Léopoldville et Liverpool. Ces archives parlent enfin du temps qui passe, de ce qui dure et de ce qui disparaît, au delà des grandes césures de l'histoire politique. Avec ses murs éventrés, ses vieilles machines et ses ouvriers devenus archivistes, la friche Rhodia fait figure de « ruine de la modernité », à la fois trace et parodie des espoirs et des projets associés au moment modernisateur français; d'une manière moins attendue, les dossiers Lomidine qu'elle abrite, un peu par hasard, dans le dernier de ses bâtiments, font aussi de la Rhodia un improbable « débris d'Empire », qui ramène les Trente Glorieuses de l'industrie et de la science françaises à leur arrière plan impérial et africain³.

[FIGURE 1A ET 1B]

BIOGRAPHIE D'UN DEBRIS

Comme la Rhodia la Lomidine est une ruine encombrante, un débris d'Empire. La Lomidine (connue aussi sous le nom de Pentamidine⁴) est en effet un cas étonnant, bien que pas forcément exceptionnel, en histoire de la médecine. Considérée pendant toutes les années 1950 comme un médicament miracle, emblème de la « médecine moderne » en Afrique, administrée à titre préventif et obligatoire à des régions entières, la Lomidine a changé radicalement de statut à partir de la fin des années 1960. Après deux décennies de campagnes de masse, ponctuées d'accidents terribles, une série d'expériences de laboratoire a remis complètement en cause l'efficacité et l'innocuité du médicament, et la compréhension même de son mode d'action. Un consensus s'est établi, qui n'a jamais été remis en cause depuis : la Lomidine n'a pas de pouvoir préventif en tant que tel ; sa présence dans l'organisme ne

³Ann L. Stoler (dir.), *Imperial debris. On ruins and ruination*, Duke University Press, Durham, 2013. Sur les rapports entre modernisation et décolonisation dans la France des Trente Glorieuses, cf. Kristin Ross, *Fast cars, clean bodies : decolonization and the reordering of French culture*, MIT Press, Cambridge, Mass., 1995.

⁴ La Lomidine est le nom commercial français de la pentamidine, commercialisée aussi sous le nom de Pentamidine, en Grande-Bretagne notamment. La pentamidine (sans majuscule) désigne la molécule active (4,4-diamidino-alpha,omega-diphénolpentane), préparée sous forme de sels (par exemple di-iséthionate de pentamidine, di-méthanesulfonate de pentamidine, etc...) dont la formulation a varié depuis les années 1930. J'utilise alternativement Pentamidine et Lomidine par la suite, selon les contextes nationaux, et pentamidine lorsque je discute de la molécule elle-même.

dépasse pas deux semaines ; elle ne protège pas (ou mal et certainement pas plusieurs mois) l'individu sain qui reçoit une injection ; et elle l'expose à des risques inacceptables, cardiaques notamment – ce qui ne veut pas dire que les campagnes de lomidinisation n'aient pas contribué, sans que cela soit compris ainsi à l'époque, à l'effondrement de l'épidémie en brisant sa dynamique à l'échelle populationnelle. Alors que la perspective de l'éradication de la maladie du sommeil s'est éloignée définitivement, la Lomidine préventive est considérée depuis comme une technique « inutile, dangereuse et par conséquent inutilement dangereuse » - les mots sont du médecin français René Labusquière, l'une des grandes figures du corps médical colonial d'après-guerre⁵. Après un tel revirement, les grandes heures de la « lomidinisation totale » sont devenues difficiles à comprendre et même à raconter, ce qui explique peut-être le silence des historiens sur la question. La lomidinisation, qui fut érigée en monument de l'action sanitaire coloniale pendant les années 1950, a du être effacée des histoires officielles de la médecine tropicale. Restent des étagères pleines de brochures publicitaires, de rapports, de courriers ; des thèses de médecine, des actes de conférences, des manuels de terrain, tous consacrés aux campagnes de lomidinisation, et soigneusement archivés. Le médicament miracle est devenu embarrassant : trop gênant pour les hagiographes ; trop technique, ou trop anecdotique pour les récits critiques des historiens.

La lomidinisation apparaît rétrospectivement comme une technique efficace pour de « fausses » raisons ; comme une méthode dont le « rationnel », pour parler comme les médecins d'aujourd'hui, s'est révélé être une croyance. En livrant d'emblée la clé de l'intrigue, mon but n'est pas de révéler par la suite que les médecins coloniaux ont travaillé dans l'illusion, en se trompant sur la Lomidine, et d'écrire ainsi ce que Bachelard appelait une « histoire jugée »⁶. Il s'agit plutôt de faire un usage *heuristique* du jugement rétrospectif porté sur la Lomidine. Comment comprendre son succès apparent, l'enthousiasme des médecins à son égard et son utilisation routinière en campagnes de masse, alors même que l'on sait aujourd'hui que la Lomidine est un médicament extrêmement délicat à manier, inefficace en prévention et extrêmement douloureux à recevoir en injection – « une cochonnerie », dans le langage des cliniciens français⁷ ? Cette question paraît relever de l'anachronisme : les historiens, dans ce genre de situation, préfèrent souvent faire semblant de ne pas connaître

⁵ René LABUSQUIERE, *Santé rurale et médecine préventive en Afrique : stratégie à opposer aux principales affections*, Impr. Saint-Paul, Bar-le-Duc, France,, 1974, p. 260.

⁶ Sur le jugement rétrospectif en histoire des sciences, comme un outil narratif et heuristique, cf. Dominique PESTRE, *Introduction aux Sciences Studies*, La Découverte, Paris, 2006, p. 42.

⁷ La pentamidine provoque notamment des arythmies ventriculaires malignes, les « torsades de pointe », se manifestant par des arrêts cardiaques, A. GONZALEZ et al., « Pentamidine-induced torsade de pointes », *Am Heart J*, 122-5, 1991, p. 1489-92.

« ce que l'on sait aujourd'hui », pour éviter d'écrire l'histoire à l'envers⁸. Au risque de les choquer, c'est pourtant la fin de l'histoire qui guide mon enquête, précisément parce qu'elle incite à être attentif – un peu plus que d'habitude peut-être – au (dys)fonctionnement du médicament lui-même, dans son instabilité et sa matérialité ; à ses prodiges et à ses ratés ; à ses « prises d'initiatives » et à la manière dont elles déstabilisèrent, rassurèrent ou laissèrent indifférents ses utilisateurs⁹.

Cette approche fait des incohérences de la pratique quotidienne le principe d'une enquête sur ce qui a donné sa cohérence et sa force au pouvoir médical colonial : comment les experts coloniaux ont-ils compris et résolu – y compris par la violence – les incertitudes et les fragilités de leurs propres techniques et programmes ? Quelles visions du monde, quels calculs techniques et scientifiques, quels choix éthiques et politiques ont permis, alors même que se manifestaient contradictions, incidents et résistances, la mise en œuvre décidée et enthousiaste de la lomidinisation – mise en œuvre d'autant plus décidée et enthousiaste, pourrait-on même dire, que se manifestaient contradictions, incidents et résistances ? Comment comprendre, pour le dire plus crûment, ce qui a rendu possible et acceptable la mort de 32 personnes à Gribo, près de Yokadouma, ce jour de Novembre 1954, suite à l'injection d'un médicament dont on commençait à savoir qu'il ne protégeait pas vraiment d'une maladie qui d'ailleurs n'était plus présente dans la région. Cette enquête est ainsi, à la fois, la biographie d'un objet technoscientifique et une anthropologie historique de la bêtise coloniale.

LA LOMIDINE ET LA « MALADIE COLONIALE »

La biographie de la Lomidine éclaire une phase peu connue, mais capitale, de la lutte coloniale contre la maladie du sommeil - une épidémie qui a joué un rôle majeur dans l'histoire de l'Afrique. La maladie du sommeil, ou trypanosomiase humaine africaine, est une infection parasitaire provoquée par le trypanosome¹⁰ et transmise par la mouche tsé-tsé (ou glossine) ; elle est présente en Afrique inter-tropicale sur une bande qui va du Sénégal au Lac Victoria. Elle est nommée ainsi en raison des troubles neurologiques et psychiatriques associés aux stades avancés de la maladie. La maladie du sommeil est devenue la priorité

⁸ Frederick COOPER, *Colonialism in question. Theory, knowledge, history*, University of California Press, Berkeley, 2005, p. 17.

⁹ Sur la manière d'aborder en sciences sociales la prise d'initiative (*agency*) des choses, cf. BRUNO LATOUR, *Reassembling the social: an introduction to Actor-Network-Theory*, Oxford University Press, Oxford, 2005, p. 70-82.

¹⁰ *Trypanosoma brucei*, sous sa forme dite *T.gambiense* en Afrique de l'Ouest et centrale, et *T.rhodesiense* en Afrique de l'Est.

sanitaire des Etats coloniaux d'Afrique centrale dans les premières années du 20^e siècle. La maladie, dont l'étiologie était alors inconnue, prit une forme épidémique extrêmement sévère, en particulier en Afrique des Grands Lacs et dans le bassin du Congo. Sa diffusion sans précédent était à la fois le symptôme et l'un des facteurs de la crise sociale, écologique et démographique qui accompagna la conquête coloniale dans la région – une crise dont il est difficile d'exagérer l'ampleur, puisqu'on estime classiquement que l'Afrique centrale a perdu la moitié de sa population entre 1880 et 1910¹¹. La mobilisation contre l'épidémie stimula la naissance et l'institutionnalisation, en Europe et dans le monde colonial, de la « médecine tropicale » en tant que discipline. Une constellation d'institutions semi-publiques, comme l'Institut Pasteur ou la Liverpool School of Tropical Medicine, de sociétés savantes, de lobbys coloniaux, de scientifiques de premier plan comme l'allemand Robert Koch et d'acteurs privés comme le roi Léopold, organisèrent une série d'expéditions et de missions d'études concurrentes, qui permirent, entre 1902 et 1907, d'établir l'étiologie et la clinique de la maladie¹². En quelques années furent ainsi décrits le parasite, le vecteur, les réservoirs animaux et l'évolution de la maladie chez l'homme, qui commence par une première phase, parfois longue de plusieurs années, où les symptômes de l'infection sont peu visibles et évoluent ensuite (dans des proportions et selon un calendrier dont on explique mal, encore aujourd'hui, la variabilité) vers des atteintes plus sévères qui conduisent à la mort. La « course au microbe » qui opposa alors les savants européens, suivie des premiers succès thérapeutiques, marqua les opinions publiques ; la mouche tsé-tsé devint ainsi un personnage familier de la propagande coloniale ; elle put entrer, avec le médecin en casque colonial affairé au microscope, dans l'imagier des écoliers de métropole¹³.

¹¹ Catherine COQUERY-VIDROVITCH, « Evolution démographique de l'Afrique coloniale », in Marc FERRO (dir.), *Le livre noir du colonialisme. XVI-XXIe siècle: de l'extermination à la repentance*, Robert Laffont, Paris, 2003, p.557-566 ; Jean-Pierre CHRETIEN, « La crise écologique de l'Afrique Orientale au début du XXe siècle. Le cas de l'Imbo au Burundi entre 1890 et 1916 », *Questions sur la paysannerie au Burundi*, Université du Burundi/ Centre de Recherches Africaines (Paris I), Paris, 1987.

¹² Michael WORBOYS, « The emergence of tropical medicine: A study in the establishment of a scientific speciality », in Gérard LEMAINÉ et al. (dir.), *Perspectives on the emergence of scientific disciplines*, Mouton, Paris, 1976, p.75-98 ; Maryinez LYONS, *The colonial disease : a social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940*, Cambridge University Press, Cambridge ; New York, 1992 ; Deborah Joy NEILL, *Networks in tropical medicine : internationalism, colonialism, and the rise of a medical specialty, 1890-1930*, Stanford University Press, Stanford, California, 2012.

¹³ Voir par exemple la réception du film sur la Mission Jamot à l'Exposition Coloniale : Béatrice DE PASTRE, « Cinéma éducateur et propagande coloniale à Paris au début des années 1930 », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*-51-4, 2004, p. 135-151.

Les programmes de lutte mis en place à grande échelle pendant l'entre-deux-guerres, de la Haute-Volta au Tanganika, ont particulièrement reçu l'attention des historiens¹⁴. S'ils prirent des formes variées selon les contextes et les moments, en ciblant alternativement la mouche tsé-tsé, les réservoirs animaux, la mobilité des populations ou le parasite lui-même par la chimiothérapie, ces programmes eurent en commun d'incarner une conception extrêmement ambitieuse de la santé publique, appuyée sur un appareil centralisé, coercitif et militarisé. Ces interventions ont constitué dans certains territoires ruraux la principale expression des États coloniaux ; elles ont inspiré la mise en place de véritables utopies sanitaires, où l'action médicale prit les traits d'un projet d'ingénierie sociale¹⁵. En mobilisant des centaines de médecins et des milliers d'auxiliaires africains dans les différents Empires, la lutte contre la maladie du sommeil a aussi catalysé l'émergence d'une profession médicale impériale – la « trypano » justifiant même la création d'un corps professionnel spécifique, avec ses rites et ses héros¹⁶.

Les campagnes de masse, qui rassemblaient les populations des zones atteintes pour des séances de dépistage et de traitement obligatoire, en particulier au Congo Belge, au Cameroun, en Afrique Occidentale Française et en Afrique Equatoriale Française, expérimentèrent une forme innovante de médecine collective standardisée, qui n'avait pas d'équivalent en métropole à l'époque ; si l'épidémie elle-même, provoquée par le « scramble for Africa » de la fin du XIX^e siècle, fut en quelque sorte la « maladie coloniale » par excellence, les campagnes pour la contrôler constituèrent aussi l'archétype d'une médecine coloniale, au sens d'une forme d'exercice de la médecine qui prescrit l'ordre colonial autant

¹⁴ Michael WORBOYS, « The comparative history of sleeping sickness in East and Central Africa, 1900-1914 », *History of Science*, 32, 1994, p. 89-102; ANN BECK, « Medicine and society in Tanganyika, 1890-1930. A historical inquiry », *Transactions of the American Philosophical Society*, 67-3, 1977, p. 1-59; Jean-Paul BADO, *Les grandes endémies en Afrique, 1900-1960*, Karthala, Paris, 1996; Jean-Paul BADO, *Eugène Jamot, 1879-1937. Le médecin de la maladie du sommeil ou trypanosomiase*, Karthala, Paris, 2011; Maryinez LYONS, *The colonial disease, op. cit*; Rita HEADRICK, *Colonialism, health and illness in French Equatorial Africa, 1885-1935*, African Studies Association Press, Atlanta, 1994; Jean-Pierre DOZON, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*, III-3-4, 1985, p. 27-56; Danielle DOMERGUE CLOAREC, *La santé en Côte d'Ivoire, 1905-1958*, 2 vols., Publications de l'Université de Toulouse le Mirail, Toulouse, 1986; Helen TILLEY, *Africa as a living laboratory : empire, development, and the problem of scientific knowledge, 1870-1950*, University of Chicago Press, Chicago, 2011.

¹⁵ Guillaume LACHENAL, « Le médecin qui voulut être roi. Médecine coloniale et utopie au Cameroun », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 65-1, 2010, p. 121-156; Kirk Arden HOPPE, *Lords of the fly : sleeping sickness control in British East Africa, 1900-1960*, Praeger, Londres, 2003

¹⁶ LAPEYSSONNIE, *La médecine coloniale. Mythe et réalités*, Seghers, Paris, 1984. Pour une étude sur les auxiliaires africains du service de santé au Cameroun, cf. WANG SONNE, « Les auxiliaires autochtones dans l'action sanitaire publique au Cameroun sous administration française (1916-1945) », Thèse de Doctorat (Option Histoire), Université de Yaoundé, Faculté des lettres et sciences humaines, 1983.

qu'elle est produite par lui¹⁷. En se donnant pour objet et pour horizon la gestion de la population comme entité biologique et capital humain, elles participèrent d'une forme pure de biopolitique, au sens donné à ce terme par Michel Foucault, dont l'ambition et les logiques anticipèrent (et parfois préparèrent directement) le tournant racial des biopolitiques européennes des années 1930-1940¹⁸.

La lutte contre la maladie du sommeil fut photogénique et spectaculaire ; elle fait depuis l'objet d'une épaisse production mémorielle, qui fournit chiffres et récits aux historiens révisionnistes et apologues de « l'œuvre coloniale » – Niall Ferguson utilise par exemple des photos (mal légendées d'ailleurs) du Dr Jamot dans ses *TED talks*¹⁹. Figure fascinante des cultures impériales, la lutte contre la maladie du sommeil s'inscrit aussi dans une généalogie de l'humanitaire contemporain. Avec elle circulèrent pour la première fois les images d'enfants africains décharnés qui allaient connaître, imprimées sur papier glacé, une longue carrière dans les médias européens ; le personnage à la fois décontracté et distingué du *French doctor* y fit sa première apparition, mis en scène dans une lutte perdue d'avance contre les maladies, l'ignorance africaine et la bureaucratie occidentale²⁰.

La Lomidine est la grande oubliée de cette histoire. Les travaux des historiens sont restés focalisés sur les acteurs « monumentaux » de l'entre-deux-guerres, comme dans le cas français le Dr Eugène Jamot, l'après 1945 tenant lieu d'épilogue. Les chroniques des progrès thérapeutiques notent bien que la Lomidine a renouvelé un arsenal médicamenteux vieillissant, qui se limitait jusqu'aux années 1940 à des molécules « trypanocides » assez toxiques contenant de l'arsenic, mais la nouveauté introduite par son utilisation préventive (ce que l'on appelle aujourd'hui une chimioprophylaxie) est rarement relevée. Les accidents de lomidinisation, selon l'euphémisme consacré, ne sont connus aujourd'hui que de quelques spécialistes de médecine tropicale²¹.

¹⁷ Jean SURET-CANALE, *Afrique noire occidentale et centrale. Tome 2. L'ère coloniale, 1900-1945*, Editions sociales, Paris, 1958, p. 510.

¹⁸ Michel FOUCAULT, *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976, p. 183. Sur le lien entre la médecine tropicale allemande et les politiques d'hygiène raciale nazies cf. Wolfgang U. ECKART, *Medizin und Kolonialimperialismus. Deutschland 1884-1945*, F. Schöningh, Paderborn, 1997 ; Guillaume LACHENAL, « Médecine, comparaisons et échanges inter-impériaux dans le mandat Camerounais : une histoire croisée franco-allemande de la mission Jamot », *Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine*, 30-2, 2013, p. 23-45.

¹⁹ http://www.ted.com/talks/niall_ferguson_the_6_killer_apps_of_prosperity, consulté le 22 avril 2014.

²⁰ Guillaume LACHENAL et Bertrand TAITHE, « Une généalogie missionnaire et coloniale de l'humanitaire: le cas Ajuoulat au Cameroun, 1935-1973 », *Le Mouvement Social*, n° 227, 2009, p. 45-63.

²¹ Deux travaux biomédicaux récents sont bien informés : Jacques PEPIN, *The origins of AIDS*, Cambridge University Press, Cambridge, 2011, p. 156-157 ; et G. OLLIVIER et D. LEGROS, « Trypanosomiase humaine africaine: historique de la thérapeutique et de ses échecs », *Trop Med Int Health*, 6-11, 2001, p. 855-63.

La lacune est d'autant plus étonnante qu'il s'agit du moment où la lutte contre la trypanosomiase a connu ses succès les plus retentissants, avec l'annonce régulière de l'éradication imminente de la maladie ; c'est aussi le moment de difficultés inédites, la libéralisation des régimes coloniaux rendant plus délicate la gestion autoritaire des populations. Les années 1950 sont un âge d'or pour la médecine coloniale, portée par des moyens techniques et un volontarisme politique inédits, en même temps qu'une période de tensions et de violence, et cela aussi bien dans les colonies françaises, belges, britanniques que portugaises : l'utopisme hygiéniste colonial n'a jamais été aussi loin dans sa logique et ses contradictions. La biographie de la Lomidine est un fil narratif pour saisir comment le « colonialisme tardif » est un moment de réforme et de réaction, où les hiérarchies raciales sont simultanément fragilisées et réaffirmées.

L'EMPIRE DE LA BETISE

Les historiens décrivent souvent la médecine coloniale comme l'instrument d'une mise en ordre rationnelle du monde colonisé, imposant des hiérarchies, des valeurs et des identités aux hommes et aux choses. La médecine coloniale, qui est devenue une discipline scientifique à part entière à la fin du 19^e siècle, a en effet servi d'idéologie et d'outil d'Empire, en incarnant la « mission civilisatrice », en facilitant les conquêtes militaires et en protégeant la santé des colons ; elle a aussi été un site stratégique d'intervention sur les sociétés colonisées, une forme de gouvernement des corps et des populations dont la portée dépassait largement la lutte contre les maladies. Dans le domaine médical, les colonies ont même pu être des « laboratoires grandeur nature », sites d'expérimentation de techniques thérapeutiques, urbanistiques et bureaucratiques ré-importées ensuite en métropole²².

Le cas de la Lomidine, pourtant, ne cadre pas avec cette lecture critique, d'inspiration foucauldienne²³. Celle-ci n'est pas satisfaisante pour plusieurs raisons: d'une part parce qu'il existait, comme le rappellent souvent des historiens comme Fred Cooper, une « abîme » entre les intentions et les réalisations, les grands projets biopolitiques s'embourbant généralement

²² Pour des bilans historiographiques récents du domaine: Warwick ANDERSON, « How's the Empire? An essay review », *Journal of the History of Medicine and the Allied Science*, 58, 2003, p. 459-465; Karine DELAUNAY, « Faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique: essai d'historiographie », *Outre-Mers*, 93-346-347, 2005, p. 7-46; Nancy Rose HUNT, « Health and healing », in John PARKER et Richard J. REID (dir.), *The Oxford handbook of modern African history*, Oxford University Press, Oxford ; New York, 2013, p.378-395.

²³ Michel Foucault a brièvement évoqué les « effets en retour » du colonialisme dans le monde européen Michel FOUCAULT, *"Il faut défendre la société" : cours au Collège de France (1975-1976)*, Seuil/Gallimard, Paris, 1997, p. 89. L'approche des colonies comme « laboratoires de modernité » a été développée par Paul RABINOW (*Une France si moderne. Naissance du social, 1800-1950*, Buchet-Chastel, Paris, 2005, p. 289-317), et reprise dans un nombre considérable de travaux plus récents. Pour un inventaire, cf. Guillaume LACHENAL, « Le médecin qui voulut être roi », *loc. cit.*.

dans le manque de moyens et les tensions internes des Etats coloniaux²⁴, mais surtout parce que cette analyse, en prenant au pied de la lettre les plans des médecins, manque complètement la « part de ‘raté’, d’inattendu et de ‘désordre’ » qui était au cœur du projet disciplinaire colonial et « que la recherche, nous rappelle Achille Mbembe, a jusqu’à présent restitué avec une formidable imprécision²⁵ ».

La Lomidine permet d’aborder l’histoire coloniale à partir d’un raté – l’histoire d’un médicament médiocre, qui échouera même à faire scandale. La Lomidine est un médicament qui ne marchait pas vraiment – ou pour le dire autrement, qui marchait un peu, mais pas pour les bonnes raisons. C’est précisément parce que la Lomidine ne parvenait pas à protéger les individus en tant que tels que sa prescription se généralisa à des régions entières, au point de devenir un médicament « pour la race » évalué et administré, au besoin par la force, exclusivement à l’échelle collective : ses ratés furent à la fois évidents et inspirants pour les médecins. Il est difficile, pour rendre compte de cet épisode, d’utiliser les catégories habituelles des historiens, qui aiment parler des colonies comme d’un monde ordonné et dominé par la raison et la loi coloniale, ou de décrire, à la manière de Bruno Latour et des *sciences studies*, les médecins coloniaux comme des incarnations archétypales du scientifique-entrepreneur, producteur de savoir et réformateur de la société²⁶. La petite histoire de la Lomidine introduit du désordre et du doute dans ce grand récit: comment qualifier ce qui ressemble rétrospectivement à un vaste échec, et qui fut pourtant commenté en temps réel avec une grandiloquence qui fait sourire aujourd’hui ?

Le cas de la Lomidine incite à raconter l’histoire des sciences et de la médecine coloniales autrement. L’enjeu n’est pas seulement de rappeler, contre une lecture un peu naïve ou fascinée des projets biopolitiques, les milles contradictions et contretemps de la modernisation coloniale, mais de revenir sur une question laissée hors-champ par les historiens : celle de l’impuissance, de l’hubris et de l’irrationalité constitutives du gouvernement colonial. Cet impensé historiographique est d’autant plus curieux que le caractère rationnel des politiques coloniales a fait l’objet à l’époque de critiques systématiques : les « expériences grandeur nature » – l’une des métaphores favorites des médecins, les « projets-pilotes » et les grands chantiers de la « mise en valeur » des colonies furent l’objet de railleries de la part des colons eux-mêmes, sans même évoquer les

²⁴ Frederick COOPER, *Decolonization and African society: the labor question in French and British Africa*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996.

²⁵ Achille MBEMBE, *La naissance du maquis dans le Sud Cameroun, 1920-1960*, Karthala, Paris, 1996, p. 33.

²⁶ Bruno LATOUR, *Les microbes guerre et paix suivi de Irréductions*, A-M. Métaillé, Paris, 1984.

interprétations perplexes ou médusées des sujets colonisés²⁷. La littérature a été le lieu d'élection de cette critique de la mégalomanie coloniale et scientiste, qui fait écho, dans le cas de la médecine, au procès plus général instruit par la littérature à l'arrogance et au ridicule de la médecine expérimentale, coloniale y compris²⁸. Il est étonnant que cette dimension réflexive, c'est à dire souvent comique ou désespérée, de la modernité coloniale ait été complètement négligée par les chercheurs – qui semblent être les seuls, finalement, à croire aux capacités démiurgiques des médecins coloniaux à discipliner les corps et à ordonner le monde²⁹.

Je souhaite initier dans ce livre une enquête sur les négatifs qui travaillaient de l'intérieur la raison coloniale et qui firent d'elle « une raison à la fois religieuse, mystique, messianique, militaire et utopique³⁰ » (Achille Mbembe). La question n'est pas de mettre en scène une confrontation romantique entre des systèmes de pensée et d'action « autres » et une « rationalité occidentale » qui s'incarnerait dans le quadrillage de l'espace et des sociétés autochtones, mais plutôt de rendre compte de la « double structure d'ignorance et d'impuissance³¹ » dans laquelle la volonté coloniale de savoir et d'intervenir était enchâssée. Il existe plusieurs pistes pour prendre à revers la description d'un pouvoir colonial omniscient, omnipotent et rationnel : revenir sur la manière dont il cultiva l'ignorance³², voire la folie ; « déplacer, comme l'a proposé Johannes Fabian, la critique du colonialisme de la culpabilité à celle de l'erreur³³ » ; s'intéresser, comme Warwick Anderson et Nancy Hunt, à la manière dont les « nerfs³⁴ » du personnel colonial, médecins en tête, furent mis à rude épreuve, au point de voir se développer dans les colonies et en métropole une infrastructure

²⁷ Pour des exemples d'interprétations africaines de la médecine coloniale : Luise WHITE, *Speaking with vampires : rumor and history in colonial Africa*, University of California Press, Berkeley, 2000; Nancy Rose HUNT, *A colonial lexicon*, op. cit..

²⁸ Sur la bêtise médicale chez Flaubert, cf. Norioki SUGAYA, *Flaubert épistémologue. Autour du dossier médical de Bouvard et Pécuchet*, Rodopi, Amsterdam, 2010. La question de la bêtise médicale dans le contexte colonial affleure régulièrement chez Céline. Louis-Ferdinand CELINE, *Voyage au bout de la nuit*, éditions Denoël et Steele, Paris, 1932; Louis-Ferdinand CELINE, *L'Église*, Denoël et Steele, Paris, 1933.

²⁹ On peut faire ce reproche à des travaux importants comme: Elsa DORLIN, *La matrice de la race. Généalogie coloniale et sexuelle de la nation française*, La Découverte, Paris, 2006.

³⁰ Achille MBEMBE, « Faut-il provincialiser la France? », *Politique africaine*, n° 119, 2010, p. 159-188, p. 182.

³¹ Ibid., p. 182.

³² Londa L. SCHIEBINGER, *Plants and Empire. Colonial bioprospecting in the Atlantic World*, Harvard University Press, Boston, 2004; Ann L. STOLER, *Along the archival grain: Epistemic anxieties and colonial common sense*, Princeton University Press, Princeton, 2008.

³³ Johannes FABIAN, *Out of our minds. Reason and madness in the exploration of Central Africa*, University of California Press, Berkeley, 2000, p. 281. Je souligne.

³⁴ Warwick ANDERSON, *Colonial pathologies : American tropical medicine, race and hygiene in the Philippines*, Duke University Press, Durham, 2006, p. 9, 74-103.

médico-psychiatrique – et une industrie éditoriale – consacrée au problème³⁵. Comme l'a montré Fabian dans sa contre-histoire de l'ethnologie africaniste de la fin du XIXe siècle, l'opération coloniale de « mise en ordre » du continent Africain fut souvent l'œuvre de scientifiques fatigués, intoxiqués et terrassés par la fièvre, dont le mode de connaissance s'éloignait, pour le dire vite, de la froide rationalité³⁶. Le régime colonial des savoirs, suggèrent ces travaux, reposait autant sur une culture de l'ignorance et de l'inaction que sur la quête d'ordre et de connaissance si souvent commentée dans l'historiographie.

Je m'intéresse dans ce livre à une autre forme de déraison: la bêtise. L'histoire de la lomidinisation et de ses catastrophes quotidiennes ne se laisse en effet pas réduire à celle d'une erreur médicale, d'une infraction éthique, ou d'un délire expérimental ; c'est plutôt celle d'une technique tout à fait scientifique, dont les effets furent à la fois dramatiquement incertains et reconnus et pris en compte *comme tels*. Comment comprendre, dans un contexte où les incidents se multipliaient, la détermination à l'utiliser « jusqu'au bout » - sans pour autant supposer que les médecins étaient cyniques, aveuglés ou déments ? Le problème est donc celui des calculs rationnels et des dispositions subjectives que l'usage massif de la Lomidine a nécessité et des hypothèses qui les sous-tendaient et les validaient à la fois ; celui de la production *active* de la confiance dans le médicament. Ce qui rejoint une série de questions que j'emprunte à Ann Stoler : quelles « façons maladroitement de ne pas savoir et de savoir à moitié³⁷ » garantissaient la croyance dans l'efficacité de la technique et dans la nécessité de l'éradication ? Comment la « sérénité stupéfiée³⁸ » des médecins coloniaux ordinaires fut-elle générée et maintenue ? Comment les échecs de la technique elle-même furent-ils interprétés et résolus, au point de relancer son usage d'une manière plus « joyeuse » encore – tels Bouvard et Pécuchet allant d'expériences en expériences dans le roman de Flaubert ? Quelles formes de « connaissance et/ou d'ignorance désinhibitrice³⁹ », pour reprendre une analyse de Jean-Baptiste Fressoz, permirent et organisèrent la répétition des catastrophes comme celle de Gribi ? Quels styles de vie, quels dispositifs rhétoriques et techniques, quelles représentations savantes et vulgaires – de la race, des africains, de la science, de l'Empire et du futur – définirent dans l'après-guerre la version du colonialisme

³⁵ Eric JENNINGS, *Curing the colonizers : hydrotherapy, climatology, and French colonial spas*, Duke University Press, Durham, 2006 ; Nancy Rose HUNT, *A Nervous State: Violence, Remedies, and Reverie in Colonial Congo*, Duke University Press, Durham, A paraître.

³⁶ Johannes FABIAN, *Out of our minds*, *op. cit.*.

³⁷ Ann L. STOLER, *Along the archival grain*, *op. cit.*, p. 251.

³⁸ Ann L. STOLER, *Along the archival grain*, *op. cit.*, p. 251.

³⁹ Jean-Baptiste FRESSOZ, *L'apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique*, Éd. du Seuil, Paris, 2012, p. 15

« la plus interventionniste, la plus réformiste », mais aussi, comme l'a écrit Fred Cooper, la « plus arrogamment sûre d'elle-même » (*arrogantly assertive*)⁴⁰ ? En bref, ce qui continue d'étonner, et ce qu'il faut comprendre, dans le projet éradicateur des médecins des années 1950, est la confiance inébranlable qui l'habite, dans un contexte d'insécurité et d'incertitude profondes. C'est cette sérénité, qui enveloppera de silence et de certitude les morts de Gribi, un jour de novembre 1954, que je propose de nommer bêtise.

La notion de bêtise appelle bien sûr quelques précisions. Je l'utilise dans un sens restreint, qui renvoie non pas à une déficience, mais à une possibilité intrinsèque de la raison, lorsque celle-ci, forte de ses évidences et de ses procédures logiques et scientifiques, devient confiante et suffisante jusqu'à l'arrogance ; la bêtise, donc, comme exercice excessif, mais actif, confiant, déterminé – inébranlable – de la raison ; la bêtise comme déraison, le préfixe dé- n'étant pas ici défectif mais extensif⁴¹. La forme la plus pure de cette bêtise est la tautologie : « après tout, les indigènes sont des indigènes⁴² », dit par exemple une jeune anglaise dans un roman colonial de George Orwell, avec une logique et une bonne volonté désarmante : la bêtise, selon la définition précisée par le philosophe Alain Roger, a la force tranquille du bon sens et du lieu commun. Si la bêtise a fait l'objet d'énormément de réflexions dans le champ philosophique et littéraire, en particulier autour de sa problématisation par Flaubert puis Deleuze et Barthes⁴³, les historiens et les anthropologues des sciences n'ont jamais voulu s'y confronter. Jean-Marie Levy Leblond remarque ainsi que si la figure de la folie est assez bien intégrée à l'imagerie savante et profane de la science, celle de « la bêtise nécessaire et constitutive de la science – cet aveuglement de qui suit son seul sillon sans se laisser distraire (...), la myope détermination de ceux qui retournent la glèbe du monde avec une science plus efficace⁴⁴ » est constamment refoulée, alors même qu'elle a inspirée une extraordinaire production littéraire. La question n'a pas eu plus de succès dans les études coloniales, qui ont pourtant fait la part belle à la « folie coloniale » ou à « l'agnotologie » (l'étude de la production sociale de l'ignorance)⁴⁵ ; ni d'ailleurs chez les

⁴⁰ Frederick COOPER, *Decolonization and African society*, *op. cit.*, p. 451.

⁴¹ Alain ROGER, *Bréviaire de la bêtise*, Gallimard, [Paris], 2008, p. 30-31.

⁴² George ORWELL, *Burmese days*, Penguin classics, Londres, 2009 (1934), p. 121. Traduction de l'auteur.

⁴³ Pour un bilan sur le problème philosophique de la bêtise, notamment chez Nietzsche et Deleuze : Alain ROGER, *Bréviaire de la bêtise*, *op. cit.*. Sur la question flaubertienne de la bêtise et sa discussion par Roland Barthes, cf. Anne HERSCHBERG-PIERROT (dir.), *Flaubert, l'empire de la bêtise*, Ed. nouvelles Cecile Défaud, Nantes, 2011.

⁴⁴ Jean-Marc LEVY-LEBLOND, « Le miroir, la cornue et la pierre de touche, ou : que peut la littérature pour la science ? », *Cahiers de Narratologie*-18, mis en ligne le 28 juin 2010, URL : <http://revel.unice.fr/cnarra/index.html?id=6002>. Consulté le 12 septembre 2012., 2010, .

⁴⁵ Richard C. KELLER, *Colonial madness : psychiatry in French North Africa*, University of Chicago Press, Chicago, 2007; JOHANNES FABIAN, *Out of our minds*, *op. cit.*; Bertrand TAITHE, *The killer trail: a colonial scandal in the heart of Africa*, Oxford University Press, Oxford, 2009.

anthropologues de la médecine, dont certains textes se lisent pourtant comme des bêtisiers de la santé publique – Paul Farmer fait même de la question des « morts bêtes » le point de départ d'une critique radicale des inégalités mondiales de santé⁴⁶. L'appel d'Isabelle Stengers à « nommer la bêtise », à « raconter la manière dont la bêtise a capturé l'aventure scientifique, a contribué à mettre le pouvoir de la preuve au service de l'ordre public⁴⁷ » est resté sans réponse - peut être, dois-je ajouter, pour de bonnes raisons.

Faire de la bêtise une question de recherche est risqué. Le fait que l'accusation soit présente dans l'univers colonial et médical du XIX^e et du XX^e siècle, et qu'on puisse donc la traiter comme un « jugement de valeur au discours indirect », pour reprendre l'analyse qu'a fait Paul Veyne du problème historiographique de la sottise, est une justification acceptable de son usage par l'historien, mais un peu courte⁴⁸. Nommer et désigner la bêtise, même par l'ironie, revient inévitablement à le faire depuis une position de supériorité, et donc à jouer dangereusement avec les limites de sa propre bêtise. Le problème est archi-connu ; il a stimulé le travail formel de Flaubert dans *Bouvard et Pécuchet*, où l'énonciation de la bêtise est rendue possible par le dispositif du discours indirect libre, qui crée et maintient une incertitude permanente quand à savoir qui parle, de l'auteur, des personnages eux-mêmes, des auteurs qu'ils citent et copient, ou des lieux communs de leur époque⁴⁹. La bêtise, en d'autres termes, n'est exprimable qu'en l'absence de toute voix qui la nommerait de l'extérieur et s'en trouverait ainsi exclu. La bêtise (de l'autre) pose donc un problème d'écriture que seul, à la limite, un texte transformé en pure description, en encyclopédie ou en collage peut surmonter, en mettant en suspens ce que Roland Barthes appelait « le méta-langage » de l'ironie⁵⁰.

Je n'espère pas y parvenir tout à fait mais je veux cependant souligner le potentiel heuristique de la notion. Elle éclaire d'un nouveau jour la volonté éradicatrice de la médecine coloniale – sa volonté de conclure, pour reprendre la définition flaubertienne de la bêtise. Elle permet de prendre au sérieux l'enthousiasme de ses propres acteurs, qui aimeront s'appeler

⁴⁶ Didier FASSIN, « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », in Jean Pierre DOZON et Didier FASSIN (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Balland, Paris, 2001, p.181-208 ; Paul FARMER, *Infections and inequalities : the modern plagues*, University of California Press, Berkeley ; London, 1999, p. 228-261 ; « stupid deaths » : Paul FARMER, *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California press, Berkeley, 2003, p. 144.

⁴⁷ Isabelle STENGERS, *Au temps des catastrophes. Résister à la barbarie qui vient*, les Empêcheurs de penser en rond / la Découverte, Paris, 2008, p. 160-161.

⁴⁸ Paul VEYNE, *Comment on écrit l'histoire*, Ed. du Seuil, Paris, 1971, p. 243-249.

⁴⁹ Roland BARTHES, « La division des langages (1973) », *Oeuvres Complètes, Tome IV*, Le Seuil, Paris, 2002, p.348-360, p. 350, cité dans Anne HERSCHBERG-PIERROT, « Roland Barthes, la bêtise et Flaubert », in Anne HERSCHBERG-PIERROT (dir.), *Flaubert, l'empire de la bêtise, op. cit.*, p.333-356, p. 339-341.

⁵⁰ Roland BARTHES, *S/Z* (1970) in *Oeuvres Complètes, Tome III*, Le Seuil, Paris, 2002, p.119-346, p. 291.

eux-mêmes les « boys-scouts de la santé publique⁵¹ » ; la bêtise donne un nom à leur pensée politique à la fois euphorique et agressive, racialisée et universaliste, qui fut au fondement des programmes de développement du colonialisme tardif. Parler de bêtise a enfin une fonction critique et éthique: la bêtise, contrairement à la folie, n'est pas un opérateur de mise à distance, d'*othering* ; « l'empire de la bêtise », pour reprendre l'expression d'Anne Herschberg-Pierrot, est universel et inclusif. Nommer la bêtise propre à l'épisode raconté par ce livre ne revient pas à enfermer celui-ci dans un « musée des horreurs » colonial, mais à le rapprocher de nous en lui permettant de résonner dans notre présent; c'est à cette condition seulement que cette histoire porte une critique : elle ne s'adresse pas à une poignée de médecins coloniaux oubliés, mais aux entrepreneurs sereins de la *global health* contemporaine, qui œuvrent à transformer l'Afrique avec de l'enthousiasme et des solutions simples.

L'histoire de la Lomidine n'est pas représentative : il y eut dans le même temps en Afrique des épisodes moins embarrassants; des médicaments qui marchèrent plus régulièrement ; des médecins qui sauvèrent des vies. La médecine coloniale fut d'ailleurs, pour l'essentiel, une histoire de soignants africains et de patients africains, porteuse parfois de subversion de la loi coloniale, à laquelle ce livre ne fait pas justice ; un dispositif parfois extraordinairement efficace et désiré pour cela : il est commun d'entendre en Afrique des évocations nostalgiques du temps des grandes campagnes de santé publique. Insister sur l'histoire minuscule et inquiétante de la Lomidine est sélectif, et injuste au regard de ce qui se passa ailleurs et en même temps, mais j'assume ce choix, qui va de pair avec la forme narrative de ce livre: « raconter une histoire », rappelait Susan Sontag dans l'un de ses derniers textes, consiste toujours à « rétrécir le monde⁵² ».

La Lomidine ne compte pas parmi les grands médicaments (comme il y a des grands hommes), dont on a récemment écrit les biographies, tout en triomphes et tragédies⁵³. Elle

⁵¹ Jean DUTERTRE, « Jean-Marc et la trypano », <http://perso.orange.fr/jdtr/>, consulté le 2 septembre 2013.

⁵² Susan SONTAG, « At the same time: the novelist and moral reasoning » in *At the same time. Essays and speeches*, Hamish Hamilton, Londres, 2007, p.210-231, p. 225-228.

⁵³ Robert BUD, *Penicillin : triumph and tragedy*, Oxford University Press, Oxford, 2007; John E. LESCH, *The first miracle drugs. How the sulfa drugs transformed medicine*, Oxford university press, Oxford, 2007. Mon approche est biographique au sens où je traite le médicament comme un personnage, avec son nom propre (sa marque) et son identité biochimique (son principe actif). Appliquée aux agents thérapeutiques, l'approche biographique a été mobilisée d'une autre manière par les anthropologues, à la suite d'Arjun Appadurai, au sens du « cycle de vie » des médicaments en tant que marchandise, de leur production à leur consommation. Susan REYNOLDS WHYTE, Sjaak VAN DER GEEST et Anita HARDON, *Social lives of medicines*, Cambridge University Press, Cambridge, 2002; Sjaak VAN DER GEEST, Susan REYNOLDS WHYTE et Anita HARDON, « The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach », *Annual Review of Anthropology*, 25, 1996, p. 153-178.

reste un personnage en demi-teinte, qui est loin d'avoir tenu ses promesses de molécule miracle mais qui est toujours utile aujourd'hui pour le traitement de plusieurs maladies parasitaires, surtout connues d'ailleurs pour être des « maladies négligées » ; un médicament de seconde zone, utilisé principalement à la périphérie du monde occidental, dont les prouesses et les ratés ne concernèrent pas (ou marginalement) les blancs d'Europe et des Etats-Unis. Sa biographie est celle, incertaine et prosaïque, d'une pique qui brûle et qui étourdit ; qui fait vomir et pisser ; qui fait chuter des courbes et s'entasser des rapports ; qui protège et qui tue.