



# Quelques réflexions sur l'histoire, la santé et l'environnement en Afrique

Charles BECKER (CNRS-ORSTOM)

Texte proposé pour un numéro spécial de la Revue Vie et Santé, consacré au thème  
Environnement et santé

Dakar - ORSTOM

mars 1993



Fonds Documentaire ORSTOM  
Cote : **B\* 14631** Ex : **1**

## Quelques réflexions sur l'histoire, la santé et l'environnement en Afrique

par Charles BECKER (CNRS-ORSTOM)

Les trois termes formant l'intitulé de ce texte -histoire, santé, environnement- ont une multiplicité d'acceptions et demanderaient une définition rigoureuse (Becker,1992). Ils sont employés ici dans un sens très général : l'histoire comme la collecte et l'interprétation des témoignages du passé, la santé comme un état de bien-être des personnes et l'ensemble des pratiques sociales y contribuant, l'environnement comme "l'ensemble, à un moment donné des agents physiques, chimiques, biologiques et des facteurs susceptibles d'avoir un effet direct ou indirect, immédiat ou à terme sur les êtres vivants et les activités humaines".

### 1. La santé et l'environnement comme objets d'investigation historique

Pendant longtemps, l'histoire de l'Afrique a ignoré ou du moins négligé la réflexion sur les problèmes de santé et leur liens avec ceux de l'environnement. De manière paradoxale, car les sources sont très abondantes et permettent des études détaillées. Pour tous les anciens empires, surtout anglais et français, les efforts dans le domaine de la santé ont été particulièrement importants et ont largement servi de justification à l'entreprise coloniale. Ces efforts ont eu comme premier objectif de réduire la morbidité et la mortalité des Européens dans une Afrique mortifère, considérée comme le "tombeau de l'homme blanc" (Curtin, 1989; Dozon, 1992). Ils ont également visé à assurer de meilleures conditions sanitaires aux populations africaines dont le travail était nécessaire pour le développement de l'entreprise coloniale. En raison des représentations communes sur l'étiologie des maladies, l'environnement (sain ou malsain) a été envisagé comme le terrain principal de l'action et de la prévention des maladies redoutées : ainsi les topographies médicales attestent une observation souvent minutieuse des liens entre des conditions environnementales et l'existence de pathologies spécifiques. De même, les études et les actions entreprises dans le domaine de l'hygiène publique, par les pouvoirs coloniaux et en liaison avec les institutions internationales (OIHP) ont reflété d'une certaine manière des croyances très ancrées sur les influences du milieu dans l'écllosion des maladies et donc sur la possibilité d'interventions efficaces par des mesures de salubrité.

Les études françaises sur ces questions sont peu nombreuses et restent encore très marquées par le souci d'une apologie des médecins et des scientifiques, par l'évocation des découvertes (vaccins, médicaments) , de la "lutte" des médecins et par une croyance sous-jacente en un progrès inéluctable (Dozon, 1985; Hervouet, 1992). Par contre les travaux très divers d'historiens anglophones se sont intéressés plus à la gestion des problèmes de santé du passé et aux crises anciennes. Relatifs à de nombreuses régions africaines, ils ont été consacrés aux endémies et aux épidémies du passé. Ils proposent des références historiques, pour éclairer la situation sanitaire actuelle caractérisée par l'apparition et la flambée du SIDA, les progrès de la

bilharziose, la résurgence de problèmes plus anciens (paludisme, choléra, tuberculose), l'ancienneté et la constance de la malnutrition (Curtin, 1983), des maladies diarrhéiques et des maladies sexuelles. Avec insistance, apparaissent des thèmes neufs, affirmant que l'histoire de la médecine européenne en Afrique n'est qu'une partie de l'histoire de la santé et de la maladie, celle-ci constituant une partie de l'histoire sociale, économique et politique des sociétés africaines. Assez récemment, on a commencé à évoquer les relations conflictuelles ou d'ignorance mutuelle entre la médecine occidentale et la médecine africaine dont la présence est pourtant encore aujourd'hui un trait majeur de la gestion de la santé par les sociétés. A partir des distinctions classiques entre *disease*, *illness* et *sickness*, -trois termes anglais désignant la maladie-, des travaux multiformes ont examiné les divers aspects des politiques de santé et ont situé certaines limites des interventions biomédicales qui ne sont pas parvenu à résoudre les problèmes de santé, car leur prise en charge n'est pas seulement technique. Enfin, elles manifestent mieux les perceptions dans le temps, par les divers acteurs sociaux, des relations entre la santé et des environnements ou des milieux, en particulier les liens fort étroits entre l'apparition des crises sanitaires et l'existence de crises de production et de subsistance (famines, disettes, sécheresses).

A partir de trois ouvrages récents, on peut saisir l'intérêt de ces thématiques et les relations étroites entre les problèmes de santé et d'environnement, qui ressortent immédiatement d'un examen des politiques du passé en matière de santé, de prévention et d'hygiène.

a) Dans son étude intitulée *The colonial Disease. A social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940*, M. Lyons développe cinq thèmes très actuels dans le contexte du développement rapide de la pandémie du SIDA en Afrique, qui montrent tous à quel point la maladie a été et reste bien plus un fait social et environnemental qu'un fait concernant l'individu :

- 1- la maladie est une cause de changement historique ;
- 2- la maladie épidémique représente un "miroir" de l'histoire et un révélateur de la nature véritable des relations sociales, et donc des inégalités face à la mort et à la maladie ;
- 3- l'impérialisme médical peut être vu comme une des facettes du colonialisme, avec le développement de la médecine tropicale et de systèmes de soins (publics ou privés) qui étaient considérés comme des initiatives importantes dans l'entreprise coloniale, apportant des bénéfices aux populations africaines ;
- 4- le conflit entre la prévention et les soins dans la planification de la santé publique, qui est central en Europe et s'est trouvé transposé en Afrique, dans le contexte des relations particulières -celle de domination coloniale- entre population blanche et population africaine ;
- 5- l'écologie de la maladie qui est une question majeure, surtout pour des maladies comme la trypanosomiase, mais aussi pour la plupart des autres maladies (paludisme, onchocercose, bilharziose, fièvre jaune, peste, tuberculose, choléra, typhoïde) face auxquelles des mesures

préventives (vaccinations en particulier), hygiéniques ou réglementaires ont été mises en œuvre. Les agents médicaux et les autorités sanitaires sont parties de l'assomption fondamentale que le corps humain serait comme une machine dont la protection de la maladie et de ses effets dépend d'abord d'interventions (protectrices ou curatives) sur le corps, mais aussi de l'idée que, pour comprendre l'épidémiologie d'une infection, il suffit de connaître le germe causal. De ce fait, la science et les services médicaux ont négligé l'étude de l'environnement et de tous les facteurs culturels, sociaux, politiques et économiques qui permettent de décrire les types spécifiques d'endémies ou d'épidémies touchant diversement les différents groupes sociaux..

b) L'ouvrage stimulant de Megan Vaughan, *Curing their Ills, Colonial Power and African Illness*, souligne très justement la faiblesse des connaissances sur l'histoire de la médecine en Afrique, et l'absence presque totale de connaissances sur les systèmes de soins et les pratiques curatives non occidentales. En examinant les types de pratiques de guérison ou de prévention - la médecine missionnaire, la lutte contre la lèpre, la psychiatrie coloniale, les tentatives de contrôle de la syphilis, les docteurs de brousse, les films d'éducation sanitaire, M. Vaughan s'interroge sur les coûts et les bénéfices passés de la biomédecine pour l'Afrique, qui demandent à être évalués plus précisément. Elle note des variations dans le discours biomédical sur la santé des Africains et montre surtout comment le discours biomédical occidental sur la maladie en Afrique (avec les pratiques qui l'ont accompagné) s'est érigé en un système culturel dominant et dominateur, qui a constitué un aspect des attitudes générales des Européens à l'égard des autres et une facette du pouvoir colonial. Dans ce discours M. Vaughan discerne un présupposé discutable, selon lequel la maladie serait produite par la désintégration ou la dégénérescence des cultures "tribales", qui s'opère lors des processus d'individualisation et de modernisation : ainsi les Africains seraient devenus malades non par suite des changements matériels de leur vie et de leur environnement, mais à cause de leur "maladaptation" à la vie moderne.

c) Dans un livre sur la tuberculose et l'économie politique de la santé et de la maladie en Afrique du Sud, R. Packard évoque les fondements économiques et politiques d'un problème de santé redevenu encore plus actuel aujourd'hui avec les progrès du Sida. Il souligne la nécessité d'une approche globale pour comprendre l'évolution de ce problème de santé et des efforts pour le contrôler. Ce n'est qu'à partir du moment où l'industrie minière et d'autres secteurs capitalistiques ont été concernés par la santé des travailleurs (ayant des effets sur l'efficacité de leur travail) qu'on commença à s'intéresser aussi à la santé de leurs familles vivant dans les zones rurales, devant la crainte d'un tarissement de la main d'œuvre. La connaissance et l'intérêt pour les problèmes de santé de la population noire sont donc restés longtemps très limités, et de ce fait il est difficile (mais pas impossible) d'écrire l'histoire de maladies comme la tuberculose, de son ancienneté en cette région africaine, de son développement en milieu urbain puis de sa diffusion rapide vers le milieu rural (liée à des crises de subsistance et des problèmes

nutritionnels). Cependant quand les sources deviennent très abondantes, elles montrent de manière claire, dans le cas de la tuberculose, à quel point la gestion et le contrôle de la santé ont été marqués par des considérations et des représentations sur l'environnement ; ainsi les mesures sanitaires ont traduit des relations économiques et sociales inégalitaires et ont représenté un aspect d'une politique globale marquée très tôt par la ségrégation puis par l'apartheid, qui ont été largement justifiés avec des raisons sanitaires et qui ont contribué à maintenir ou accroître les inégalités face à la santé.

## **2. Quelques questions suscitées par les témoignages historiques anciens**

Plusieurs disciplines (médecine, géographie, climatologie ou météorologie) ont été concernées par la santé et ont été sollicitées pour participer à la recherche des causalités perçues en terme de déterminismes. Ainsi de nombreuses descriptions de médecins ou de naturalistes apparaissent dès le 17<sup>e</sup> siècle (par exemple Adanson donne un inventaire de plantes médicinales utilisées en Sénégal, et des observations détaillées sur le climat), ainsi que des topographies médicales (Peter, 1989, Rofort, 198 ), qui sont à relire pour sentir les questions posées alors sur l'origine et la transmission des maladies. Ces recherches de causalité visaient à :

- identifier des environnements favorables ou néfastes à l'apparition et au développement des problèmes de santé. Parmi les conditions favorisant la maladie, les causes environnementales ont été recherchées et privilégiées ;
- observer les phénomènes naturels, climatiques en particulier, susceptibles d'influer sur la santé des populations ;
- permettre d'envisager des stratégies de survie ou de lutte contre les maladies, surtout pour les personnels européens qui étaient très touchés lors des crises et dont la mortalité était très élevée, surtout avant l'utilisation de la quinine.

Des relectures historiques des documents produits à cette époque sont éclairantes pour mieux saisir les conditions d'apparition des problèmes de santé, les raisons de leur développement ou de leur régression, la constitution des savoirs de la maladie dans le cas des diverses parties de l'Afrique, les effets des stratégies sanitaires qui ont souvent comporté des interventions sur l'environnement, surtout à la fin de la période coloniale et en milieu urbain (Curtin 1985).

Alors que les traditions orales n'ont guère été interrogées et utilisées, on trouve dans les documents européens des indices qui attestent une augmentation des équipements de soins (hôpitaux, dispensaires), mais une dégradation ancienne de l'environnement sanitaire. En considérant une longue durée, on peut caractériser les maladies et épidémies des trois derniers siècles, leur fréquence, et leurs effets sur la population. Des réponses partielles peuvent déjà être données à des questions encore peu traitées par les historiens : "y a-t-il eu plus de maladies, voire des maladies nouvelles devant lesquelles la pharmacopée disponible était désarmée ?", "y a-t-il eu des problèmes sanitaires créés par le commerce d'esclaves et son organisation, puis par le 'commerce légitime' (après la suppression de la traite atlantique des esclaves), et par

l'économie et le commerce coloniaux ?". Ainsi il est probable que la propagation des maladies et épidémies a été favorisée dans le contexte de la traite atlantique, et il est assuré que les conditions de détention des esclaves ont entraîné de grandes morbidités, et par là des mortalités souvent très fortes. Les données sur les comptoirs et la santé dans les captivités manifestent l'importance des crises qui se développent avec le commerce des esclaves. Les sources sont ici très nombreuses, traduisant à la fois les conceptions médicales de l'époque, des idées sur les origines des maladies, et les stratégies individuelles ou collectives de lutte contre les épidémies qui ont souvent été meurtrières. On peut enfin suggérer des hypothèses sur les conséquences démographiques des crises sanitaires et de la traite esclavagiste même dans les diverses sociétés africaines, et soutenir l'idée d'une décroissance démographique, à l'occasion des crises sociales, économiques, politiques et écologiques du 18e et du 19e siècle.

### **3. Santé et environnement au 19e et au 20e siècle dans le contexte colonial**

Pour toute époque étudiée, il convient de bien situer les connaissances médicales de l'époque, et de connaître leurs évolutions, les idées relatives à l'étiologie et à la transmission des maladies, ainsi que les conflits entre les divers modèles interprétatifs. Pendant longtemps les représentations autour des modes de transmission ont en effet été déterminantes : les partisans de la contagion se sont opposés avec vigueur à ceux de l'infection. Pour les premiers, s'imposaient des pratiques et des politiques de santé impliquant des mesures de ségrégation. Pour les infectionnistes, il s'agissait plutôt de prendre des mesures de désinfection. La place accordée à l'hygiène et aux mesures sanitaires a ainsi varié considérablement pendant que les débats subsistaient sur les modes de transmission et que la découverte du rôle des vecteurs n'avait pas encore entraîné de modifications des stratégies sanitaires. Cependant pour les uns et les autres, et dans les mentalités collectives, l'idée d'un lien étroit entre la santé et l'environnement a déterminé des attitudes et des pratiques (Corbin, 1985), surtout dans le domaine de l'habitat.

La richesse de la documentation sur l'histoire de la santé et des épidémies aux 19e-20e siècles est évidente, et l'on est frappé par un contraste entre la profusion d'études ou de descriptions datées de l'époque et la faiblesse des études et des réflexions récentes sur ce passé.

En réaction, Picheral & Salem (1992), évoquant les études récentes des géographes de la santé, constatent le passage de la géographie médicale à la géographie de la santé. Ils proposent une relecture des classiques de la géographie et une exploitation des données historiques, pour comprendre les situations et la mise en place des systèmes de santé actuels.

Ainsi les géographes ont constaté l'intérêt des observations diverses, de médecins surtout, qui depuis le 19e siècle ont fourni des descriptions précises du milieu naturel dans lequel se manifestent les diverses pathologies, des "topographies médicales", dont l'apport est à reconsidérer (Rofort, 1988 ; Peter, 1989). Par ailleurs, le thème de l'hygiène -central quand on considère la gestion des problèmes de santé- apparaît aussi très tôt dans la littérature médicale et dans la définition des politiques de santé. Comme le notent bien Picheral & Salem, les

géographes s'intéressent à cette production et y ont trouvé les fondements d'évolutions ultérieures de leur discipline, en particulier dans le domaine de la santé.

Par contre, les historiens se sont bien moins intéressés que les géographes aux apports de ces topographies médicales, alors qu'elles constituent des sources très intéressantes pour une histoire de la santé, des maladies, des politiques sanitaires et des environnements.

On enregistre cependant le développement assez récent d'études, consacrées en partie seulement à l'Afrique aux 19e-20e siècles, sur l'histoire de la santé, des conceptions médicales, des représentations au sujet de la transmission des maladies et des méthodes de lutte contre les maladies endémiques ou épidémiques, au sujet de la gestion de la santé, dans lesquelles le thème de l'environnement est mis en avant. Citons en particulier les études de M. Grmek, J.N. Biraben, B. Latour, F. Delaporte, P. Bourdelais, J. Léonard, C. Quézel. On y trouve des données sur l'évolution des conceptions à propos des modes de transmission, sur la découverte et la prise en compte progressive des vecteurs. En Afrique les idées nouvelles se sont imposées assez rapidement auprès des scientifiques, qui d'ailleurs ont contribué souvent sur place et d'une manière décisive aux évolutions et aux découvertes. Elles sont à l'origine d'un développement notable de l'intérêt pour les milieux ou l'environnement, qui "détermine" ou favorise l'apparition des maladies. Mais on constate souvent des décalages entre les découvertes et la modification des politiques et des pratiques sanitaires.

Un examen de la littérature ancienne (Collignon & Becker, 1989) et différentes études sur la gestion des épidémies et des crises sanitaires du passé au Sénégal (M'Bokolo, 1982 ; Becker, 1993) mettent en évidence plusieurs faits : face aux endémies et au grand nombre d'épisodes épidémiques, on remarque la complexité des modes de gestion qui se traduisent par le développement de recherches biomédicales, des mesures budgétaires, des mesures d'hygiène et de salubrité, des législations et réglementations, la prévention et les vaccinations, la mise en place de services spécialisés dans la lutte contre certaines endémies, l'orientation -assez faible- des efforts vers le milieu rural et l'insistance sur la mise en place de structures de soins dans les villes, l'intérêt assez ancien pour les statistiques sanitaires qui permettent de décrire des zones géographiques plus ou moins affectées par les maladies, et donc de contrôler la marche des épidémies. Les autorités coloniales ont été conscientes des liens entre maîtrise de la santé et maîtrise de l'environnement. Comme le note E. M'Bokolo à propos de l'épidémie de peste de 1914 à Dakar, l'administration mit alors "au premier plan de ses objectifs les problèmes de la salubrité urbaine et de la lutte préventive contre les grandes endémo-épidémies en même temps qu'elle raffermit dans leurs positions les partisans de la ségrégation résidentielle entre Noirs et Blancs". Ajoutons que ces objectifs fixés par l'administration se sont souvent confrontés aux objectifs et aux stratégies des divers groupes sociaux et que -malgré les succès indéniables- les autorités coloniales n'ont pas réussi à gérer la santé d'une manière exclusive et à résoudre les problèmes sociaux et environnementaux révélés lors des crises sanitaires.

#### **4. Deux thèmes négligés : la nutrition et la médecine traditionnelle**

Soulignons l'importance de deux thèmes négligés, non seulement par les historiens, mais aussi par les anthropologues : ceux de la nutrition et la médecine traditionnelle, qui sont en relation évidente avec ceux de la santé et de l'environnement.

##### **a.- La nutrition**

Pendant longtemps, et encore aujourd'hui pour la majorité de la population mondiale, la faim et la pauvreté sont la préoccupation majeure et se trouvent à l'origine des problèmes de santé. Alors qu'en Occident la maladie est un "accident sur un fond permanent de santé", ailleurs "le mal beaucoup plus profond, véritable maladie chronique qui fait le lit de l'infection et du vieillissement précoce, reste la faim" (Lévy, 1991). Bien que les maladies de carence aient été des causes principales pour les problèmes de santé, la nutrition a été longtemps absente des préoccupations des médecins. Plusieurs études récentes ont noté l'apparition tardive de cette question pourtant ancienne et ont proposé certaines hypothèses pour l'expliquer (Curtin, 1983; Dawson, 1987; et surtout Worboys, 1988).

Corrélativement, les crises de production et de subsistance, qui ont été à l'origine de nombreux problèmes de santé, ont été peu étudiées. Ce n'est qu'au cours des deux dernières décennies que des réflexions historiques ont été sollicitées ou présentées dans des travaux sur les sécheresses contemporaines et sur la désertification, sur les crises de l'agriculture africaine. On constate aussi des réflexions récentes autour du thème de la pauvreté dans le passé des sociétés africaines (Iliffe), dont l'étude comporte beaucoup d'indications sur la nutrition et l'environnement.

L'alimentation et la nutrition sont des thèmes dont l'apparition se situe après la seconde guerre mondiale, avec la création dans les colonies anglaises et françaises d'institutions spécialisées et avec l'organisation de réunions consacrées à ces problèmes, où des travaux intéressants et actuels ont été présentés. Beaucoup d'études (par exemple des enquêtes épidémiologiques de grande envergure comme le dépistage du goître endémique en AOF) ont porté sur les maladies de carence qui sont à situer par l'historien dans le contexte de la production et de l'exploitation économiques coloniales. Des études sur la végétation et sur son utilisation dans l'alimentation et dans les thérapies traditionnelles ont également commencé à cette époque, mais ont été quelque peu délaissées après les indépendances. Des éléments intéressants sur l'environnement y figurent, mais la connaissance, l'étude et l'utilisation de ces travaux par les historiens reste trop limitée.

##### **b.- L'absence de la médecine traditionnelle**

L'on connaît aujourd'hui, grâce aux travaux anthropologiques, la complexité des représentations et des pratiques thérapeutiques traditionnelles. Chez les thérapeutes, s'opère la recherche de l'étiologie et des causes des maladies et s'instaurent les traitements spécifiques. Aux diverses étapes du recours thérapeutique et de la prise en charge des malades, les malades sont dans un

système culturel où l'environnement global est en jeu : la maladie représente une rupture d'un ordre, assignant une place à la personne dans son environnement ; la thérapie est une restauration de cet ordre par des procédures adéquates où l'environnement familial et social est impliqué lors des rites de guérison et pour la prise en charge du malade. Par ailleurs, on sait l'importance de l'usage des plantes et de la pharmacopée traditionnelle, qui traduit des relations particulières des thérapeutes avec l'environnement.

Dans les études historiques, on remarque l'absence des références à la médecine traditionnelle qui s'est maintenue à côté de la médecine occidentale et qui demeure aujourd'hui une réalité fondamentale en Afrique. M.Vaughan montre bien que, "aussi puissant qu'il ait été, le discours biomédical n'a jamais été tout puissant et sa validité n'a jamais été incontestée. Les sociétés africaines avaient également leur vision des 'Autres' et les cultures de guérison ainsi que les représentations de la maladie et de la santé qu'elles ont produites, demeurent en fin de compte bien plus puissantes et importantes que les mémoires des "docteurs de brousse" et les articles obscurs des journaux de médecine tropicale ; ces cultures de guérison et d'auto-représentation n'ont cependant jamais été forgées dans une totale isolation par rapport aux discours et aux pratiques de la biomédecine, mais plutôt à côté d'eux, parfois à travers eux et parfois en réaction contre eux". D'un point de vue plus sociologique, l'ouvrage collectif édité par M.Last et G.L.Chavunduka (1986) manifeste également cette omniprésence de la médecine traditionnelle, ainsi que les processus de son organisation ou de sa professionnalisation. Sa survie, ses transformations et son exubérance présentes demandent sans aucun doute des réflexions historiques et sociologiques. Elles exigent autre chose qu'un respect poli, un dédain ou au pire des accusations. Car, face au spectre du Sida et à la réapparition en force de maladies plus anciennement connues, l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 est devenu presque dérisoire et le désarroi de la biomédecine est réel. Il est toutefois urgent, pour faire face aux défis énormes du présent, de chercher des modes appropriés de gestion de l'environnement et de la santé, et de promouvoir des collaborations entre les dispensateurs de soins, pour une meilleure prise en charge des malades.

## Bibliographie

BECKER Charles

- 1992 **Réflexions sur l'histoire de l'Afrique et la question de l'environnement.** Dakar, ORSTOM : 28 p. (Contribution au Colloque "Environnement - Sciences Humaines et Sociales", Dakar 25-27 novembre 1992).
- 1993 **L'apparition du SIDA et la gestion des épidémies du passé au Sénégal.** Dakar, ORSTOM : 21 p. (Communication à l'Atelier Sciences Sociales et Sida en Afrique, Bingerville, 15-17 mars 1993).

CURTIN, Philip D.

- 1983 "Nutrition in African History". **Journal of Interdisciplinary History**, XIV, 2 : 371-382.
- 1985 "Medical Knowledge and Urban Planning in Tropical Africa", **American Historical Review**, 90, 3 : 594-613.
- 1989 **Death by Migration. Europe's Encounter with the Tropical World in the Nineteenth Century.** Madison, Wisconsin Univ. Press : XIX-251 p..

COLLIGNON René & Charles BECKER

- 1989 **Santé et population en Sénégal des origines à 1960.** Bibliographie annotée. Paris, INED : 9-554 p.

CORBIN, A.

- 1982 **Le miasme et la jonquille.** Paris, Aubier-Montaigne.

DAWSON, Marc H..

- 1987 "Health, nutrition, and population in central Kenya, 1890-1945" [: 201-217]. Dans D.D. CORDELL & J.. GREGORY (eds), **African Population and Capitalism. Historical Perspectives**, Boulder, Westview Press : 302 p.

DOZON, Jean-Pierre

- 1985 "Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil". **Sciences Sociales et Santé**, 3 : 27-56.
- 1991 "D'un tombeau l'autre". **Cahiers d'Etudes Africaines**, 121-122, XXXI, 1-2 : 135-157.

HARTWIG, Gerald W. & K. David PATTERSON (eds)

- 1978 **Disease in African History. An Introductory Survey and Case Studies.** Durham, N.C., Duke Univ. Press : XIV-258 p.
- 1984 **Schistosomiasis in Twentieth Century Africa : Historical Studies on West Africa and Sudan.** Los Angeles, UCLA-Crossroads Press : XI-101 p.

HERVOUET, Jean-Pierre

- 1992 "Environnement et grandes endémies : le poids des hommes". Dans PONTIE, G. et GAUD, M. (éds.), **L'environnement en Afrique.** N° spécial de **Afrique contemporaine**, 161. Paris, La Documentation Française : 155-167.

LAST, Murray & G. L. CHAVUNDUKA (eds)

- 1986 **The professionalisation of African Medicine.** Manchester, Manchester UP : XIII-293 p.. "Foreword" by I.M. LEWIS (: XII-XIII), "Index" (: 270-293). (International African Seminar Studies).

LEVY, Jean-Paul

- 1991 **Le pouvoir de guérir. Une histoire de l'idée de maladie.** Paris : Odile Jacob : 318 p.

LYONS, Maryinez

- 1992 **The Colonial Disease. A social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940.** Cambridge, Cambridge University Press : XVI-335 p.

M'BOKOLO, Elikia

- 1982 "Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914". **Cahiers d'Etudes Africaines**, 22 (1-2), 85-86 : 13-46.

PACKARD, Randall M.

- 1989 **White Plague, Black Labor. Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa.** Berkeley, Univ. California Press : XXII-389 p.

PICHERAL, H. & G SALEM

1992 **De la géographie médicale à la géographie de la santé. Bilan et tendances de la géographie française (1960-1991).** Cahiers Geos n°22. Montpellier, ORSTOM : 44 p.

PETER, Jean-Pierre

1989 "Aux sources de la médicalisation le regard et le mot : le travail des topographies médicales" [:103-111]. Dans CROIX Alain, LAGREE Michel & Jean QUENIART (eds), **Populations et cultures. Etudes réunies en l'honneur de François Lebrun.** Rennes, AFL.

ROFORT, M.-F.

1988 **Les topographies médicales aux XVIIIe et XIXe siècles. Aux origines de l'épidémiologie, de la géographie des maladies et de la santé.** Cahiers Geos n°11. Montpellier : GEOS : 40 p.

VAUGHAN, Megan

1991 **Curing their Ills. Colonial Power and African Illness.** Stanford, Stanford University Press : XII-224 p.

WORBOYS, Michael

1988 "The discovery of colonial malnutrition between the wars" [: 208-225]. Dans ARNOLD, David (ed.) **Imperial Medicine and indigenous societies.** Manchester - New York, Manchester UP : viii-231 p