

C. oug.

* F2

CAHIERS D'ÉTUDES AFRICAINES

XXXI (1-2)

121-122

1991

ISSN
0048-0615

La Malédiction

Jean-Loup AMSELLE. Présentation.

7

études et essais

Christian JACOB. Aux confins de l'humanité: peuples et paysages africains dans le *Périple d'Hannon*.

9

Alain FROMENT. Origine et évolution de l'homme dans la pensée de Cheikh Anta Diop: une analyse critique.

29

Philippe COUTY. L'agriculture africaine en réserve. Réflexions sur l'innovation et l'intensification agricoles en Afrique tropicale.

65

F D O

François RUF. Les crises cacaoyères. La malédiction des âges d'or?

83

Jean-Pierre DOZON. D'un tombeau l'autre.

135

F D O

Claude FREUD. La zone franc est-elle le bouc-émissaire de l'échec du développement?

159

Elizabeth KLEEMEIER. L'aide française au Kenya: à qui profite-t-elle?

175

Bogumil JEWSIEWICKI. Le primitivisme, le post-colonialisme, les antiquités «nègres» et la question nationale.

191

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : 37587 ex 1

Cote B

, boulevard Raspail,
IS Tél. 49.54.24.69

ts/subscriptions

s revues, 11, rue Gossin
trouge, Cedex

/Individuals : 255 F

/Institutions :

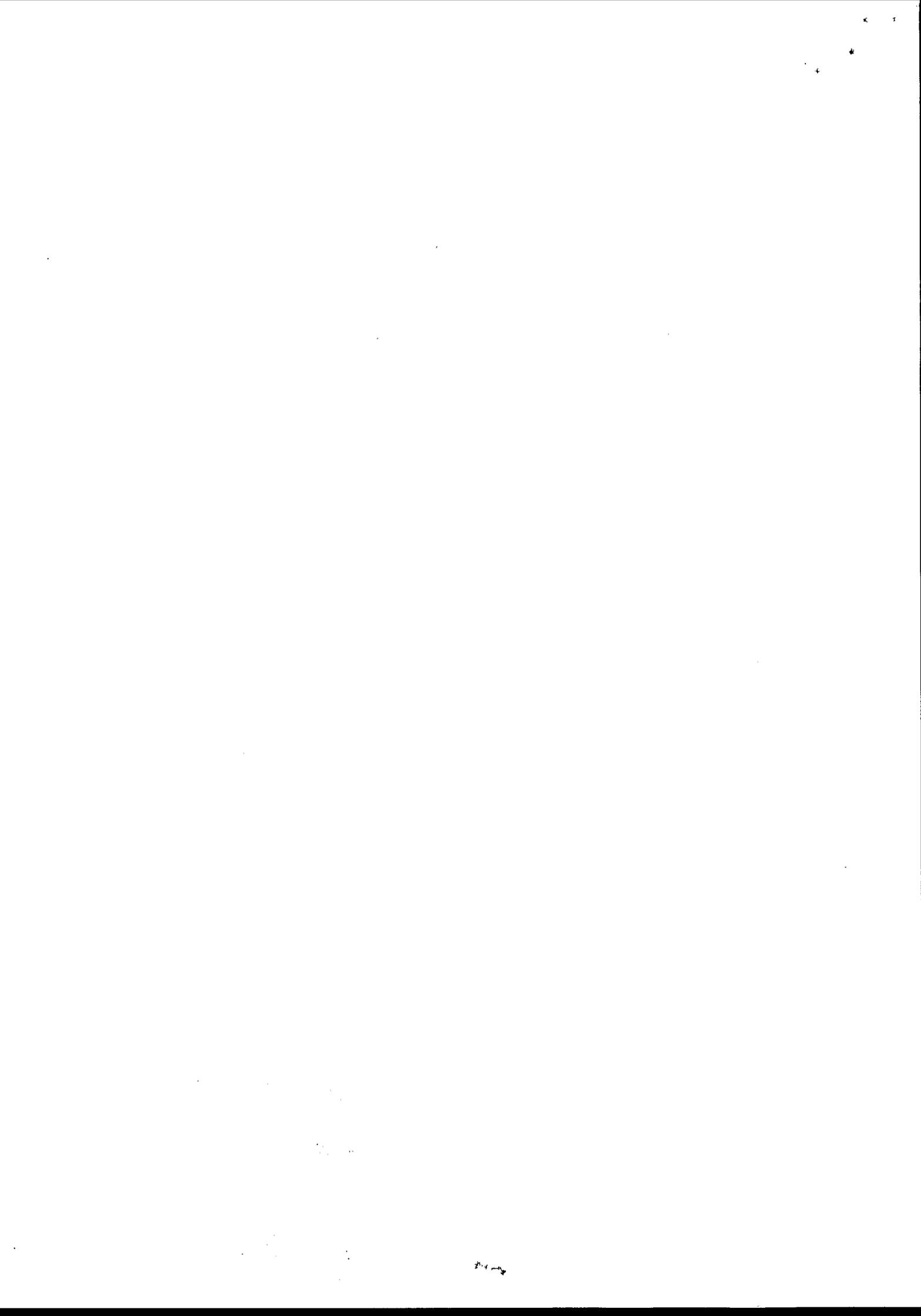
France 390 F

Étranger/Abroad 446 F

boulevard Saint-Michel

IS

aux auteurs en fin de



FRANÇOIS RUF

Yield Expectations

des Eaux et Forêts
1900-1983. II. Les
Abidjan, Direction
de gestion.

en économie de
du café et du cacao»,
28-29: 89-114.

ures vivrières, élément
du colloque du Centre
Abidjan, CIRES:

ivoirienne? I. Histoire,
tropicale, XXXIX

quelques points de repère
CIRAD 1987, États,
Montpellier par la Mission
Montpellier, CIRAD:

ns tropicales humides.
travail», *L'Agronomie*

enne, Paris, Université

de cacao?, Montpellier,

blèmes sous l'éclairage
études et de recherches
nique et performances
d'Asie à faible revenu,

SOCIAL
années 1975 à 1979.

ière en Côte-d'Ivoire.

BRIS, E. LEROY &
Ivoire, Paris, Karthala:

tries», communication
ernational du cacao à

Jean-Pierre Dozon

D'un tombeau l'autre

«Le tombeau de l'homme blanc» et les miasmes

La métaphore d'une Afrique «tombeau de l'homme blanc» fut à peine exagérée. Elle se construisit au fur et à mesure que les Européens (suivant les évolutions et les exigences de la traite atlantique) quittaient plus souvent ou plus longtemps leurs vaisseaux, qu'ils établissaient sur les côtes africaines forts et comptoirs, ici et là des missions religieuses, puis négociaient des concessions et protectorats, pénétraient l'intérieur des terres pour finalement conquérir et fonder leurs empires coloniaux. Les débarquements, l'allongement des séjours ou des parcours furent ainsi fatals à nombre d'entre eux, et bien que l'Afrique noire ne laissât pas pour autant de livrer ses richesses et ses productions locales (esclaves, or, ivoire, épices, oléagineux, latex, bois, etc.), de faire prospérer le capitalisme marchand (en même temps que de nombreux intérêts locaux) et d'être promise à de grandioses mises en valeur, les miasmes, fièvres et autres épidémies en assombrirent continûment la représentation. Si l'on veut bien en écarter toute intention d'affliction rétrospective, cette brève évocation du «tribut» payé par les Européens souligne un mouvement d'attraction/répulsion qui nous semble constitutif de bien des regards sur l'Afrique noire. Convoité, approprié, exploité, «développé», le continent africain suscita parallèlement peur, aversion, rejet, se constituant d'autant mieux en un ailleurs inquiétant qu'il devenait, semble-t-il, proche, familier, objet de pratiques et discours qui paraissaient assez souvent en régler l'évolution sur le modèle axiologique et progressiste de l'Occident.

Cette sorte de «double bind» (double contrainte) mériterait assurément bien d'autres considérations que celles relatives au «climat délétère» et aux multiples «agressions» mortifères de l'Afrique noire. Dès lors que l'entreprise coloniale relayait les anciennes pratiques commerciales, les mœurs de ses habitants représentèrent en effet un univers tout aussi contraignant entraînant les conquérants dans de difficiles dilemmes et d'obsédants débats; et si un certain pragmatisme, des évaluations plus nuancées ou plus circonstanciées du monde «indigène» (évaluations ethnographiques qui permirent d'établir des distinctions et des hiérarchies entre peuples)

eurent peu ou prou raison des grandes oppositions entre « assimilation » et « association », modes de gouvernement direct et indirect, quantité d'aspects des mœurs « indigènes », comme la « polygamie », le « fétichisme » avec ses cortèges de rites et de sacrifices, les rapports familiaux et sociaux de subordination, parurent encore davantage atténuer les ambitions « civilisatrices » de l'Occident.

La colonisation eut ainsi pour effet de mettre en scène l'altérité africaine, de « s'arranger » (selon les situations et l'appréciation diversement mesurée de ses moyens et de ses intérêts) plus ou moins avec elle, et d'en construire la figure hautement ambiguë exerçant aussi bien attrait intellectuel et fascination esthétique pour ses « trésors culturels » (auxquels l'ethnologie et l'art moderne contribuèrent largement) que rejet d'us et coutumes difficilement compatibles avec ce que l'Occident estimait être ses normes universelles de vie et de droit.

La vision de l'Afrique comme « ailleurs inquiétant » ne se limita donc pas à la seule sphère de ses agressions et de ses périls naturels ; bien plutôt nature et culture y voisinèrent au plus près échangeant des termes ou des significations qui pouvaient indifféremment fonctionner dans les deux domaines, et constituer par là des schèmes explicatifs (théorie des climats, évolutionnisme, etc.) de l'altérité durable du continent et de ses habitants. Toutefois, l'ambivalence du regard occidental oscillant entre attraction et répulsion nous paraît mériter quelque arrêt sur cette « nature malsaine », sur ce « climat insalubre » qui, pendant longtemps, fit de l'Afrique noire, « le tombeau des Blancs ». On remarquera immédiatement le tour contradictoire et proprement ethnocentrique des énoncés mis en jeu. Qu'allaient donc faire les Européens dans un monde où les risques de maladie et de mort étaient pour eux réputés majeurs ? On pourrait certainement répondre que ces risques étaient inégalement répartis et diversement perçus (l'étaient-ils de la même façon du côté français, anglais, portugais, etc.), que leur appréciation, au-delà des mesures ou des événements (épidémies par exemple) qui en établissaient la « réalité », ressortissaient à des représentations cristallisées de longue date ; et qu'en tout état de cause les intérêts économiques, comme les volontés et les rivalités de puissance des nations européennes l'emportèrent sur toute considération d'ordre sanitaire. Mais cela ne suffit pas ; car quelle qu'en fût la part de subjectivité et de strict ethnocentrisme, l'évaluation des risques encourus comme les dénombrements des morts et des rapatriés eurent de notables effets sur le cours effectif des colonisations européennes ; ils y introduirent non seulement un élément de fragilité, mais surtout une forte contingence historique qui, mêlée à d'autres, fit de ces entreprises coloniales (aussi inéluctables fussent-elles par ailleurs) des aventures incertaines dont la progression et les résultats ne furent pas exactement conformes aux attentes initiales. On songe immédiatement au fait que nombre de régions d'Afrique ne devinrent pas des colonies de peuplement européen (l'exemple des colonies françaises est, à cet égard, particulièrement

éloqu
à l'ir
l'Afr
incid
semb
ont à
para
peup
sanit
de ca
natu

L
moit
ses c
strat
(du 1
et at
(or,
pote
varié
café
où c
les 1
féco
mau
un r
une
une
de p
la po
ivoi
trati
sant
Un
R. V
étaie
droi

1.

2.

3.

s entre « assimilation »
t et indirect, quantité
amie », le « fétichisme »
rts familiaux et sociaux
uer les ambitions « civi-

en scène l'altérité afri-
préciation diversement
noins avec elle, et d'en
aussi bien attrait intel-
s culturels » (auxquels
nent) que rejet d'us et
Occident estimait être

tant » ne se limita donc
rils naturels ; bien plu-
échangeant des termes
nt fonctionner dans les
explicatifs (théorie des
du continent et de ses
cidental oscillant entre
arrêt sur cette « nature
dant longtemps, fit de
arquera immédiatement
ue des énoncés mis en
n monde où les risques
majeurs ? On pourrait
négalement répartis et
du côté français, anglais,
à des mesures ou des
blissaient la « réalité »,
e longue date ; et qu'en
me les volontés et les
portèrent sur toute consi-
s ; car quelle qu'en fût
l'évaluation des risques
et des rapatriés eurent
nisations européennes ;
gilité, mais surtout une
s, fit de ces entreprises
urs) des aventures incer-
furent pas exactement
édiatement au fait que
colonies de peuplement
t égard, particulièrement

éloquent) et, qu'ailleurs, l'installation assez massive de « Blancs » fut, à l'inverse, souvent liée à l'existence de milieux (les plateaux du Kenya, l'Afrique du Sud) qu'ils pouvaient exploiter sans risques majeurs (la faible incidence des « fièvres », et de ce qui sera nommé paludisme, jouant, semble-t-il ici, un rôle essentiel). Bien d'autres facteurs ou circonstances ont à l'évidence pesé dans l'histoire des colonisations européennes, et il paraîtrait certainement excessif d'étayer la distinction entre « colonie de peuplement » et « colonie d'exploitation » par une sorte de déterminisme sanitaire ; mais on ne saurait, pour éviter d'avoir à établir des relations de causalité trop strictes, ne pas mentionner des situations où les « périls naturels » ont infléchi singulièrement l'entreprise coloniale.

La Côte d'Ivoire fut, à cet égard, exemplaire. Durant la deuxième moitié du XIX^e siècle, et depuis que les Français jetèrent leur dévolu sur ses côtes et développaient, dans une sourde rivalité avec l'Angleterre, des stratégies de commerce, de protectorat et d'annexion, l'image du pays (du moins de ses régions méridionales) semblait particulièrement positive et attractive. Si le négoce ancien ou plus récent de ses richesses naturelles (or, ivoire, huile de palme) justifiaient assurément une telle image, ses potentialités d'exploitation plus directe (caoutchouc, bois aux essences variées et rares) ou de mise en valeur (on songeait déjà à introduire le café et la cacao) faisaient de la Côte d'Ivoire une véritable terre promise où des colons français pourraient s'installer et s'enrichir ; et tandis que les fièvres frappaient durement les premiers conquérants, la « nature féconde » du pays semblait malgré tout irradier l'avenir et faire taire les mauvais augures. Au moment de la création officielle de la colonie (1893), un résident de l'époque, P. d'Espagnat¹ n'hésitait pas à le comparer à une terre de Chanaan, mais quelques années plus tard il succombait à une épidémie de fièvre jaune, épidémie qui, par plusieurs vagues et assortie de peste (Wondji 1972, M'Bokolo 1983), anéantissait la quasi-totalité de la population européenne de Grand-Bassam (première capitale de la colonie ivoirienne)². Au début du siècle, les colonisateurs (personnels administratifs, militaires et colons) avaient ainsi l'allure d'une piètre tribu dépassant à peine les trois cents âmes et manifestement en crise de projet³. Un administrateur, particulièrement attentif à cet état de choses, R. Villamur (1903 : 141), rapporta que près de la moitié des « Blancs » étaient atteints de « cancrelat colonial », c'est-à-dire d'une sorte de « syndrome commotionnel » (dû, sans doute, autant aux fièvres qu'à la forte

1. D'Espagnat, in VILLAMUR & RICHAUD 1903. Villamur y fait longuement référence à l'article de d'Espagnat « La Côte d'Ivoire », paru dans *Revue des deux Mondes*, livre du 1^{er} septembre 1896.
2. On ne sut rien des victimes de la fièvre jaune parmi la population « indigène », le bilan étant exclusivement européen.
3. D'autres facteurs que les épidémies pesèrent lourdement dans cette crise : les résistances armées de nombreuses populations locales, ainsi qu'un ralentissement de l'activité économique.

consommation d'alcool) qui se manifestait par des délires de persécution, des crises d'agressivité et de mégalomanie⁴. Si les autorités coloniales purent surmonter la situation, notamment en s'engageant dans une lutte à outrance contre les résistances et les rébellions « indigènes » (et dans cette affaire, les troupes coloniales africaines jouèrent un rôle décisif), les affres de la communauté « blanche » modifièrent profondément le projet qu'elles s'efforçaient vainement de maintenir, celui d'attirer davantage de colons pour mettre en valeur « rationnellement » la Côte d'Ivoire ; on sait ce qu'il en advint : la réputation du pays était faite, et si quelques dizaines de Français s'installèrent comme planteurs et forestiers, l'essentiel de la mise en valeur reposa sur le « développement » d'une économie de plantation « indigène ».

Au-delà du théâtre ivoirien, les fléaux épidémiques jetèrent un profond trouble chez les colonisateurs français, car, à peu près au même moment où il décimait la population bassamoise, le péril amaril s'abatit aussi, et en plusieurs phases, sur la population autrement plus nombreuse de Dakar. La capitale de l'AOF, site fondateur du dispositif colonial français en Afrique, fut ainsi confrontée au tragique dénombrement des morts et aux indispensables quarantaines, mais bien davantage à une crise de la volonté de conquête, amenant certains à proposer d'abandonner la partie (au Sénégal, en Côte d'Ivoire, mais aussi là où les menaces épidémiques étaient tout aussi présentes)⁵. Bien sûr, les partisans de la colonisation l'emportèrent, et bien sûr l'empire africain se constitua malgré les épidémies et les morts, mais ces événements donnent toute la mesure de la contingence historique. Tandis que la colonisation prenait irrésistiblement forme, que la puissance et la domination se traduisaient en découpages de frontières, dispositifs étatiques, aménagements publics, etc., les dangers depuis longtemps repérés surgirent soudain plus mortels que jamais, réduisant l'entreprise à une aventure incertaine et contestable. La tension entre attraction et répulsion, le « double bind », atteignit donc son maximum au moment où le conquérant français ne paraissait plus véritablement en mesure de reculer : ce qui eut pour effet non seulement d'empêcher toute réelle colonisation de peuplement, mais aussi de renforcer l'image de l'altérité africaine, comme si la France en s'appropriant de vastes pans du continent en instruisait toujours davantage la figure d'un « ailleurs inquiétant » : « Là-bas, sur les rives empestées de l'Atlantique » (Mathis 1946 : 7).

Ces premières observations ne constituent, en vérité, qu'une vue très partielle du problème posé à l'Europe conquérante par les périls naturels

4. VILLAMUR & RICHAUD (1903 : 142-143) donnèrent comme exemples que tel individu « ne pouvait se coucher dans un lit sans un parapluie grand ouvert », ou que tel autre « versifiait en se comparant à Victor Hugo ».
5. Je dois ces informations à R. Collignon que je tiens ici à remercier.

de l'Afrique ; le a pu susciter fu la médecine occ sion les « indig jusqu'à la fin d avait-elle, et p negro » qui dev taines d'entre e la variole, le ch moine occident certaines sur l (la « variolisat prophylactique depuis le débu mais son empl d'accidents (p nosologique a tection ou de

En fait, ju tions tropicale ler grossièrre longement d' en Europe de de la clinique vations minut chera plus ta au début du : nière anticipa d'agents patl Lecuyer 1986 cette médecine rales de la n tudes et des lesquelles les 1982). La f Antilles qui, assurément dans ses pr sion « infec sorte l'envi

6. Le port marque dans les climat r

delires de persécution, les autorités coloniales engageant dans une lutte « indigènes » (et dans un rôle décisif), profondément le projet de celui d'attirer davantage « la Côte d'Ivoire ; on a fait, et si quelques forestiers, l'essentiel est » d'une économie de

les jetèrent un profond près au même moment amaril s'abatit aussi, ont plus nombreuse de dispositif colonial fran-nombrement des morts avantage à une crise de poser d'abandonner la où les menaces épidé-partisans de la colo-in se constitua malgré nent toute la mesure sation prenait irrésisti-traduisaient en décou-nents publics, etc., les lus mortels que jamais, ontestable. La tension eignit donc son maxi-raissait plus véritable-on seulement d'empê-si de renforcer l'image opriant de vastes pans figure d'un « ailleurs 'Atlantique » (Mathis

, qu'une vue très par- par les périls naturels

ne exemples que tel indi- plue grand ouvert », ou go ». ici à remercier.

de l'Afrique ; les hécatombes, la peur, les doutes que l'aventure coloniale a pu susciter furent, bien évidemment, à la mesure de l'impuissance de la médecine occidentale à protéger et à soigner les « expatriés » (à l'occasion les « indigènes ») d'épidémies ou d'affections dont elle ne connut, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, ni les « causes », ni les remèdes. Sans doute, avait-elle, et parfois de longue date, désigné (par exemple le « vomito negro » qui deviendra la fièvre jaune) et dressé le tableau clinique de certaines d'entre elles ; sans doute également, nombre d'épidémies (comme la variole, le choléra ou la peste) faisaient-elles aussi bien partie du « patrimoine occidental » (les Européens contribuant, peut-être, à en disséminer certaines sur le continent africain), autorisant des mesures préventives (la « variolisation » était pratiquée depuis la fin du XVIII^e siècle) ou prophylactiques déjà rodées en métropole. Sans doute enfin, usait-elle, depuis le début du XIX^e siècle, de la quinine contre les fièvres tropicales, mais son emploi était largement empirique et provoquait au moins autant d'accidents (par abus, ou par méconnaissance de ses effets sur une entité nosologique autrement plus précise que celle de « fièvres ») que de protection ou de guérisons.

En fait, jusqu'au tournant du siècle, le savoir médical relatif aux affections tropicales était encore largement dominé par ce que l'on pourrait appeler grossièrement la « théorie » des miasmes. Celle-ci se situait dans le prolongement d'un fort courant « néo-hippocratique » qui s'était développé en Europe depuis la moitié du XVIII^e siècle parallèlement à la « naissance de la clinique » (Foucault 1963), plaçant la médecine sous l'égide d'observations minutieuses du milieu environnant (naturel et humain), et qui débouchera plus tard sur les doctrines hygiénistes (doctrines qui se partagèrent au début du XIX^e siècle en « infectionniste » et « contagionniste », cette dernière anticipant peu ou prou la « révolution microbienne » par quelque idée d'agents pathogènes transmissibles de personne à personne (Léonard 1981, Lecuyer 1986). Avec un intérêt très marqué pour les caractéristiques de l'air, cette médecine proposait aussi bien d'observer les composantes les plus générales de la nature (climat, eau, sol, vents, etc.) que les spécificités des habitudes et des comportements humains (nourritures, excréments, etc.), et pour lesquelles les critères d'observation olfactive jouèrent un rôle majeur (Corbin 1982). La fréquentation des lointaines terres d'Afrique (mais aussi des Antilles qui jouèrent dans cette affaire un rôle essentiel (Taffin 1990) favorisa assurément les thèses de ce renouveau médical et les amplifia au XIX^e siècle dans ses prolongements hygiénistes (et tout particulièrement dans sa version « infectionniste », l'altérité des « pays chauds » grossissant en quelque sorte l'environnement aux dépens d'hypothétiques agents pathogènes)⁶.

6. Le port du casque colonial est à cet égard exemplaire ; devenu certainement une marque de distinction pour les Européens, il était systématiquement recommandé dans les manuels d'hygiène à l'adresse des expatriés pour se prémunir contre le climat malfaisant des Tropiques.

Tout des « Tropiques » faisait signe et sens pour en étayer le bien fondé ; des maladies inconnues et mortelles, des éléments naturels spécifiques (climat, air, eau, flore, faune), des émanations humaines ou sociales réputées tout aussi particulières (nourriture, odeurs corporelles, sexualité, etc.) participaient d'une sorte de sémiologie générale dont le médecin, le naturaliste, ou l'hygiéniste devait être le minutieux décripteur et l'observateur des subtils réseaux de correspondances. Dans cette affaire (qui ressortissait, à certains égards, à un vaste projet anthropologique, [Copans & Jamin 1978]), la notion de « miasme » (déjà abondamment utilisée en Europe) servit tout à la fois de « signifiant flottant » permettant de passer d'un élément ou d'un registre à l'autre (naturel, social) et de schème explicatif global des affections tropicales ; et, s'appliquant à l'Afrique, cette notion eut l'efficacité d'une « idée régulatrice » capable de soutenir la vision d'un monde où ses diverses composantes pouvaient s'ordonner dans le même champ sémantique⁷ (climat délétère, aliments putrides, odeurs fétides, promiscuité sexuelle, etc.). Cependant, la « théorie » des miasmes n'exclut pas l'observation clinique, bien au contraire ; dans le cours du XIX^e siècle et surtout au début des colonisations, les médecins s'efforcèrent de décrire et de classer le plus finement possible les maladies et leurs symptômes ; un médecin français comme Armand Corre (1883) fut, à cet égard, une figure exemplaire ; son acuité clinique le conduisit à dresser un vaste inventaire des fièvres tropicales et à étudier très minutieusement des maladies qui affectaient peu les Européens, comme la maladie du sommeil. À lui seul, il incarna l'unité de la clinique et du « néo-hippocratisme » animé d'une volonté d'observer quasi-exhaustivement les diverses manifestations de la « réalité » africaine (celle des corps malades, comme celle de l'environnement) qui par des liens et des combinaisons infiniment complexes (que seule la rhétorique était au fond à même de suggérer ou que les miasmes condensaient d'un mot) généraient des états infectieux ou des spectres morbides comme la Malaria ou la Dysenterie. Mais le fait remarquable ici, c'est que l'œuvre de Corre (devenue la référence obligée de la médecine exotique) était contemporaine des découvertes de la microbiologie constitutive, comme on le sait, d'un nouveau paradigme médical (et dont le nom de Pasteur fut en quelque sorte l'emblème) ; et qu'elle visait tout particulièrement à refuser l'idée qu'un animalcule puisse être à l'origine des endémies tropicales (l'hématozoaire du paludisme avait été mis en évidence par Lavéran en 1881, et le vibrion du choléra par Koch deux ans plus tard), comme si les solutions proposées par les bactériologistes étaient beaucoup trop simples pour rendre compte de la pathogénie africaine et de la diversité de ses manifestations cliniques. Cependant, elle résista assez bien aux assauts de la « révolution microbienne » et à la montée

7. Champ sémantique que HEGEL (1965) systématisa dans ses propos sur l'Afrique.

en pi
path
l'été
ment
venti
siècl
satic
« le

Un

Mai
Ech
rien
du 1
révé
du ;
des
de t
die
et l
dou
me.

la 1
sav
« tr
pri
gie
liè
mé
de
se
de
sy:
un
de
ni
te
ve

en étayer le bien fondé ;
 ents naturels spécifiques
 s humaines ou sociales
 rs corporelles, sexualité,
 nérale dont le médecin,
 minutieux descripteur et
 nces. Dans cette affaire
 projet anthropologique,
 e » (déjà abondamment
 ant flottant » permettant
 e (naturel, social) et de
 les ; et, s'appliquant à
 ée régulatrice » capable
 composantes pouvaient
 limat délétère, aliments
 , etc.). Cependant, la
 tion clinique, bien au
 surtout au début des
 ire et de classer le plus
 es ; un médecin français
 une figure exemplaire ;
 e inventaire des fièvres
 maladies qui affectaient
 il. À lui seul, il incarna
 » animé d'une volonté
 estations de la « réalité »
 le l'environnement) qui
 complexes (que seule la
 ou que les miasmes
 ectieux ou des spectres
 ais le fait remarquable
 e obligée de la médecine
 de la microbiologie
 digme médical (et dont
) ; et qu'elle visait tout
 e puisse être à l'origine
 disme) avait été mis en
 choléra par Koch deux
 par les bactériologistes
 e la pathogénie africaine
 Cependant, elle résista
 ienne » et à la montée

en puissance du pastorisme, car malgré la découverte en série d'agents pathogènes spécifiques, des éléments manquaient à la compréhension de l'étiologie des maladies tropicales, de ce qui en faisait tout particulièrement des endémies ou des épidémies, et la thérapeutique comme la prévention demeuraient éminemment problématiques. Jusqu'au tournant du siècle, la bio-médecine n'était encore qu'un faible auxiliaire de la colonisation, et les miasmes enveloppaient toujours d'un voile lourd et étrange « le tombeau de l'homme blanc ».

Un « laboratoire *in situ* » promis au progrès universel

Mais, rapidement, la rupture se fit sur le plan de la découverte scientifique. Echappant du reste largement aux Français, et notamment aux pasteurs quelque peu obnubilés par la recherche des « microbes », la solution du problème de la transmission des endémies et épidémies tropicales fut révélée, durant la première décennie du XX^e siècle, par la mise en évidence du rôle vecteur, en tant qu'hôtes intermédiaires, de divers arthropodes⁸ ; des variétés de moustiques, mouches et puces élucidaient ainsi les chaînes de transmission des agents de la fièvre jaune, du paludisme, de la maladie du sommeil (qui devint la trypanosomiase humaine), de la peste, etc., et la recherche médicale renouée par la microbiologie devait désormais doubler l'activité de laboratoire d'investigations entomologiques (notamment d'études sur la répartition et la bio-écologie des vecteurs).

S'il restait à accomplir bien d'autres progrès, surtout en ce qui concerne la mise au point de remèdes et de vaccins, cette rupture dans l'ordre du savoir entraîna, par ailleurs, un important réaménagement des visions « traditionnelles » de l'Afrique et de la place de la médecine dans l'entreprise coloniale. En effet, les découvertes successives relatives aux étiologies des pathologies tropicales firent des empires d'outre-mer, et particulièrement de l'Afrique, des partenaires obligés, voire décisifs, du progrès médical ; par leur entremise, la médecine put de plus en plus s'émanciper de « la clinique » ou des observations effrénées de l'environnement, et se promouvoir « scientifiquement » en une bio-médecine capable d'ordonner des entités nosologiques (caractérisées par un ensemble évolutif de symptômes) par des causes spécifiques et linéaires (un agent pathogène, un vecteur). À cet égard, il est tout à fait significatif que la célèbre revue des *Annales de l'Institut Pasteur* ait été relayée, dès la fin du siècle dernier, par la *Revue de Pathologie exotique* (Latour 1984), comme si le terrain de la découverte s'était opportunément déplacé de la métropole vers les colonies. Ce faisant, l'image de l'Afrique s'en trouva singulièrement

8. Le rôle des vecteurs dans la transmission des principales endémies tropicales fut en effet découvert par des chercheurs cubain, italiens, britanniques, etc.

modifiée. Elle ne figurait plus un « ailleurs inquiétant » mais un monde dont les mystères et les dangers étaient désormais accessibles aux éclaircissements et aux parades de la science ; et la colonisation put d'autant mieux rebondir et se justifier qu'elle était elle-même l'entreprise concrète par quoi l'Occident entendait « arraisonner » le continent africain, c'est-à-dire mobiliser la science tout à la fois comme paragon de sa puissance et comme instrument de « domestication » et de progrès universels.

Cependant, la bio-médecine ne se contenta pas d'atténuer les peurs et les rejets qui collaient au continent africain ou d'être l'auxiliaire indispensable d'entreprises coloniales désormais plus confiantes dans l'accomplissement de leurs projets et missions ; tout en poursuivant le travail de découverte, notamment par la recherche de remèdes et si possible de vaccins (la plus spectaculaire fut sans doute la mise au point dans les années 1930 d'un vaccin anti-amarile), elle fit de l'Afrique une sorte de « laboratoire *in situ* » où elle put définir ses tâches autrement qu'en les destinant essentiellement à protéger les colonisateurs ou à rejeter comme un mauvais souvenir « le tombeau de l'homme blanc » ; il s'est agi pour elle de porter haut la « mission civilisatrice » de l'Occident, de faire de « l'œuvre sanitaire » l'une des pièces maîtresses du dispositif colonial, c'est-à-dire de soumettre les « milieux indigènes » aux bienfaits de ses conquêtes scientifiques et de ses capacités à les préserver des multiples agents ou « virus » dont ils étaient victimes à leur insu.

Le théâtre des colonies françaises fut particulièrement illustratif de cette montée en première ligne de la bio-médecine, car s'y jouèrent non seulement sa propension, sous l'emblème du pastorisme, à revendiquer le meilleur de l'« action civilisatrice », mais également sa volonté d'incarner peu ou prou le « génie national » dans un contexte où les rivalités et les affrontements européens se nichaient aussi bien sous les lentilles d'un microscope ou dans l'éradication spectaculaire d'une endémie. En effet, au moment où Corre régnait encore sur la médecine exotique, le milieu des « pastoriens » étendait et fortifiait ses positions : si la création en 1887 de l'« Illustre maison » (l'Institut Pasteur) lui donna assurément sa force organisationnelle et sa légitimité tout à la fois scientifique et symbolique, l'alliance avec la médecine militaire (Latour 1984) fut une composante essentielle de son expansion, et tout particulièrement avec le Corps de santé colonial (créé en 1890), héritier de la médecine navale (Léonard 1967) ; l'alliance fut quasiment fusionnelle puisque des médecins militaires devinrent de grands pastoriens (Laveran, Calmette, etc.) ou créèrent les filiales de l'Institut Pasteur qui, au début du siècle (Lapeysonnie 1988), consolidèrent les bases du dispositif colonial français (notamment à Dakar et Brazzaville). Emblème d'une nouvelle discipline, la microbiologie, le nom de Pasteur devint ainsi celui d'une médecine militaire qui n'entendait faire œuvre de découverte dans ses laboratoires d'outre-mer que dans l'exacte mesure où elle pouvait être un acteur de premier plan de la colonisation française, en l'occurrence être politiquement engagée

dans l'
transfo
comme
mière
consta
la gue
caines
gènes,
De ce
réamé
qui a'

Er
indigé
sollici
de « l'
pacifi
les m
moye
fisam
parai
comr
pour
Noir.
cette

M
indig
prit l
pas c
de c
milit
d'or
panc
nire
rôle
les,
tarc
ils s
et, l
sior
le j
les

ant » mais un monde accessible aux éclaircissements put d'autant l'entreprise concrète continent africain, c'est-à-dire l'usage de sa puissance pour les progrès universels.

d'atténuer les peurs de l'indigène, être l'auxiliaire indispensable dans l'accomplissement du travail poursuivant le travail des indigènes et si possible de les pousser au point dans les colonies d'Afrique une sorte de médecine autrement qu'en les utilisant ou à rejeter comme « déchets »; il s'est agi pour l'Occident, de faire de la colonisation un positif colonial, c'est-à-dire de faire de ses conquêtes l'œuvre de multiples agents ou

remment illustratif de ce qui par s'y jouèrent non seulement le racisme, à revendiquer sa volonté d'incarner l'État dans un texte où les rivalités se jouèrent en sous les lentilles de la médecine d'une endémie. En fait, la médecine exotique, les innovations : si la création de la médecine donna assurément un rôle scientifique et technique (voir autour 1984) fut une collaboration particulièrement avec la médecine navale puisque des médecins (Lapeyssonnière, Calmette, etc.) ont marqué le siècle (Lapeyssonnière, discipline, la micro-médecine militaire laboratoires d'outre-mer, l'acteur de premier plan, littérairement engagée

dans l'accomplissement de ses projets, et tout particulièrement dans la transformation des sociétés indigènes. J'ai raconté ailleurs (Dozon 1985) comment ce ressort politique des « pastoriens » s'est déployé après la Première Guerre mondiale, soit dans un contexte où la puissance coloniale, constatant tout à la fois son propre déficit démographique (saignée de la guerre, baisse de la natalité), le faible peuplement de ses colonies africaines et surtout la mauvaise situation sanitaire de ses populations indigènes, entreprit d'organiser une médecine et une prophylaxie de masse. De cette histoire, à bien des égards remarquables, on retiendra ici les réaménagements ou les translations qu'elle fit subir aux représentations qui avaient longtemps prévalu de la pathogénie africaine.

En effet, dans les premiers temps de la colonisation française, le monde indigène, face aux risques qu'encouraient les « Blancs », ne fut guère sollicité par la médecine du conquérant. Sans doute escomptait-on faire de « l'hygiène » et de la thérapeutique occidentale l'axe d'une « pénétration pacifique » suffisamment efficace et attractive pour transformer à terme les mœurs et les « mentalités » africaines⁹; mais, outre la faiblesse des moyens accordés à l'action sanitaire et une bio-médecine encore insuffisamment prête à s'affronter aux grandes endémies, la santé des indigènes paraissait somme toute assez bonne, et l'on se plaisait souvent à souligner, comme au temps des négriers, leur robustesse. L'« ailleurs inquiétant » pour les Blancs n'était à l'évidence qu'un « proche familial » pour les Noirs où nature et culture semblaient évoluer en symbiose et constituer cette altérité que la colonisation entendait peu ou prou domestiquer.

Mais, après la fin de la guerre, l'évaluation de l'état de santé des indigènes devint tout autre; on le jugea un peu partout médiocre, on prit la mesure des disettes et des épidémies qui manifestement n'affectaient pas que les Européens et semblaient entraîner la régression démographique de colonies déjà faiblement peuplées. L'entrée en scène des pastoriens militaires se fit dans ce nouveau cadre (que résumait à souhait le mot d'ordre du ministre des Colonies, A. Sarreau, « faire du noir »), et les pandémies de trypanosomiase qui survinrent en Afrique centrale leur fournirent tout de suite un rôle de tout premier plan; et, loin de jouer ce rôle en se contentant de répondre aux attentes d'administrations coloniales, d'éteindre des flambées trypaniques qui répandaient partout (plus tard ce sera le tour de l'Afrique occidentale) la somnolence et la mort, ils se posèrent rapidement en analystes politiques de la situation coloniale et, plus encore, en dépositaires d'une conscience droite et juste de la mission civilisatrice de la France. Ainsi, Eugène Jamot, qui fut certainement le personnage phare de ce débordement, énonça sans ambages que les premières années de la colonisation avaient provoqué de multiples

9. Dans les colonies françaises fut institué, à partir de 1905, l'Assistance médicale indigène qui reposait essentiellement sur de modestes structures de soins.

déséquilibres au sein des milieux indigènes, écologiques (introduction de nouvelles cultures), alimentaires (disettes), sociaux (déplacement de villages, migrations, recrutement de main-d'œuvre), etc., et que les pandémies « sommeilleuses » en étaient exemplairement la tragique conséquence (Jamot 1929). Ce qui voulut dire que l'Afrique, après avoir été le « tombeau de l'homme blanc », était devenue « le tombeau de l'homme noir » et que la colonisation (qui avait douté d'elle-même au plus fort des hécatombes d'Européens) devait désormais s'estimer responsable des périls qu'encouraient les indigènes et changer promptement de politique (c'est « un devoir de justice » disait Jamot). Double déplacement donc qui fit passer la représentation des périls des Blancs aux Noirs et du continent africain aux puissances conquérantes ; et qui permit aux pastoriens de conquérir une position où ils purent tout à la fois « pénétrer » à leur tour (après les commerçants, les missionnaires, les militaires) les milieux indigènes (le mélange de pastorisme et de « militarisme » se traduisit en quadrillages et dépistages systématiques des populations qui firent effectivement des colonies des laboratoires *in situ*¹⁰), et donner une leçon de colonisation aux autorités civiles en exigeant d'elles qu'elles subordonnent leurs intérêts économiques immédiats à l'éradication urgente des fléaux.

Cette manière de vouloir s'imposer comme les meilleurs des colonisateurs (y compris par rapport aux autres puissances coloniales puisque les fléaux, et notamment la maladie du sommeil, sévissaient aussi bien dans les territoires britanniques, belges, etc.) entraîna les pastoriens, à tout le moins leur « branche coloniale et militaire », dans de rudes conflits avec des autorités administratives qui n'entendaient pas aussi facilement suspendre les processus de mise en valeur pour cause d'éradication impérative des fléaux (Jamot, le « vainqueur de la maladie du sommeil » au Cameroun, dut précipitamment rentrer en métropole en 1935 alors qu'il entreprenait le combat contre le même fléau en AOF).

Toutefois, l'épopée pastorienne en Afrique marqua durablement l'épisode colonial, et les conflits ou les intrigues s'effacèrent vite au profit d'un apologue de ce que l'on considéra comme le paragon de l'« œuvre médicale et sanitaire » de la France (Mathis 1946) ; et surtout, elle fut créatrice d'une tradition, celle des « grandes endémies », qui survécut bien au-delà de la décolonisation sous forme de services qui, ici et là, en perpétuent toujours la volonté combattante, et surtout d'un modèle d'efficacité dont certains, aujourd'hui, disent avec nostalgie qu'il fut l'« âge d'or » de la médecine exotique et de l'action sanitaire en Afrique (Lapeysonnie 1988).

Toute veine nostalgique et grandiloquente mise à part, il n'est certainement pas faux, dans la perspective tracée ici, de considérer l'épopée

10. À cet égard, l'image la plus éloquente fut celle des équipes mobiles vouées à la lutte anti-sommeilleuse usant de microscopes dans tous les villages où elles passaient.

pastori
teuse e
l'Afriq
fléaux,
(le « m
mousti
ment),
des po
apte à
bien si
de plu
tive d'
nière f
s'affrc
nombr
pourra
on l'a
dies p
bien l
avoir
et réu
heurté
de cau
des m
qui -e
paradi
tucilié
volon
nulle
cela e
conqu
et d'a
l'alté
M.
sites,
conq
étant
et de

11. F
n
c
t
12. C
C

giques (introduction de
 ix (déplacement de vil-
), etc., et que les pan-
 la tragique conséquence
 près avoir été le « tom-
 beau de l'homme noir »
 e au plus fort des héca-
 responsable des périls
 ent de politique (c'est
 placement donc qui fit
 Noirs et du continent
 mit aux pastoriens de
 « pénétrer » à leur tour
 (aires) les milieux ind-
 e » se traduisit en qua-
 ns qui firent effective-
 ner une leçon de colo-
 qu'elles subordonnent
 on urgente des fléaux.
 meilleurs des colonisa-
 es coloniales puisque
 sévissaient aussi bien
 aîna les pastoriens, à
 dans de rudes conflits
 t pas aussi facilement
 se d'éradication impé-
 adie du sommeil » au
 le en 1935 alors qu'il
 AOF).

qua durablement l'épi-
 acèrent vite au profit
 arargon de l'« œuvre
); et surtout, elle fut
 es », qui survécut bien
 qui, ici et là, en per-
 t d'un modèle d'effi-
 algie qu'il fut l'« âge
 e en Afrique (Lapeys-

à part, il n'est certai-
 e considérer l'épopée

quipes mobiles vouées à
 tous les villages où elles

pastorienne ou, plus généralement, la médecine coloniale, comme por-
 teuse en effet d'un profond réaménagement du regard occidental sur
 l'Afrique. Par sa volonté de conquête scientifique et d'éradication des
 fléaux, elle estompa peu à peu l'image du « tombeau de l'homme blanc »
 (le « magique » casque colonial fut assorti de techniques préventives —
 moustiquaires, vaccins — et de remèdes qui améliorèrent son acclimate-
 ment), et bien qu'elle se fit volontiers « prophète de malheurs » à l'égard
 des populations africaines, la médecine coloniale se déclarait résolument
 apte à en découdre et à produire une société indigène saine, dès lors,
 bien sûr, qu'on lui en donnait le pouvoir et les moyens. À y regarder
 de plus près, cette volonté de puissance et de domestication fut corréla-
 tive d'importantes faiblesses, car dans le même temps où, sous la ban-
 nière pastorienne, elle devenait un acteur politique de la colonisation en
 s'affrontant aux grands fléaux, la découverte vaccinale piétinait pour
 nombre d'entre eux, particulièrement pour la maladie du sommeil (et l'on
 pourrait ajouter le paludisme, la lèpre, les filarioses, etc.) qui fut, comme
 on l'a vu, son cheval de bataille. Aujourd'hui encore nombre de mala-
 dies parasitaires attendent toujours leur vaccin¹¹, ce qui souligne assez
 bien les limites du paradigme pastorien : d'une « révolution » qui, après
 avoir réduit les miasmes et les pestilences à quelques agents pathogènes
 et réussi à mettre au point de très nombreux vaccins, s'est finalement
 heurtée à un univers plus complexe difficilement traduisible en termes
 de causalité linéaire (les parasites ne sont pas des microbes, et les « causes »
 des maladies contagieuses semblent avoir de secrètes correspondances¹²
 qui appellent, notamment du côté de l'immunologie, un nouveau
 paradigme). Cependant, le tour de force de la médecine exotique, et par-
 ticulièrement du pastorisme, consista à compenser ses faiblesses par une
 volonté d'action qui semblait faire croire que nulle endémie et surtout
 nulle épidémie tropicale ne pouvait résister à ses stratégies de lutte ; en
 cela elle fut une assez belle incarnation d'une « science coloniale » qui
 conquiert l'Afrique en en faisant un laboratoire tout à la fois de recherche
 et d'application et, par là, parut singulièrement contribuer à en réduire
 l'altérité.

Mieux encore, le continent africain, grâce, pourrait-on dire, à ses para-
 sites, ses vecteurs, son panel d'endémies, et sous l'égide d'une science
 conquérante, accéda ainsi à une certaine universalité ; et il y accéda, en
 étant, tendanciellement, de moins en moins synonyme de peur, de rejet
 et de tombeau (« tombeau des Blancs » ou « tombeau des Noirs » surgit,

11. Faute de vaccins, les maladies parasitaires à vecteur ont donné, depuis la décolo-
 nisation, la part belle à l'entomologie médicale, et très précisément à la lutte
 contre les insectes ; aujourd'hui, insecticides, moustiquaires, pièges à mouches
 tsé-tsé semblent constituer les seules parades à nombre d'endémies tropicales.
12. Ce qui ferait sans doute assez plaisir à un vaincu du pastorisme comme Armand
 Corre.

semblait-il, des premiers temps de la colonisation). De sorte qu'au tournant de la décolonisation, si l'Afrique se présentait comme un continent où la morbidité et les risques de mort étaient toujours élevés (avec notamment une importante mortalité infantile qui en fit une figure exemplaire du Tiers-Monde), tout semblait laisser à penser qu'elle appartenait désormais à une communauté universelle de progrès, et que les voies du développement permettraient à la science, notamment à la bio-médecine, d'en finir bientôt avec des endémies archaïques ou des espérances de vie trop courtes. Assurément, les indépendances africaines ne furent pas exactement à la hauteur de leurs promesses, et les médiocres résultats du « développement » ou du « décollage économique » eurent leurs pendant dans les nombreuses carences des structures de soins et des politiques sanitaires nationales. Toutefois, malgré les problèmes, malgré les troubles et les instabilités politiques de nombreux États, et les quelques contempteurs qui, non sans raisons, vilipendaient la dépendance et le sous-développement de plus en plus marqués d'un continent soumis au néo-colonialisme, ainsi que les dépenses inconsidérées de ses couches dirigeantes, l'Afrique participait et « bénéficiait » de l'optimisme et de la croissance des années 1960-1970. Dans de nombreux pays l'argent s'investissait et circulait, les opérations de développement et la coopération s'intensifiaient, et jamais il n'y eut autant d'Européens (ils furent, par exemple, 60 000 en Côte d'Ivoire au début des années 1970) qu'en ces années postcoloniales qui rendaient définitivement caduques les terreurs du début du siècle ; et bien que ces derniers ne fussent pas à l'abri de quelque accès palustre ou de crise amibienne, les risques encourus paraissaient bien peu de choses au regard des multiples attraits de l'expatriation. Quant aux populations africaines, elles « bénéficièrent » en effet très globalement (mais très inégalement) de la croissance ambiante ; et sur le plan épidémiologique moins à cause des performances de l'action sanitaire (l'éradication totale de la variole dans les années 1970 eut pour contrepoint la persistance, voire la recrudescence de nombreuses autres endémies, telle que la maladie du sommeil¹³) qu'au travers de changements notables de conditions de vie et de travail qu'illustraient exemplairement l'urbanisation massive et le développement du salariat et des couches moyennes. La ville postcoloniale, malgré de fortes disparités socio-économiques (Rainaut 1987), favorisa une baisse sensible des taux de mortalité, notamment infantile ; et s'il y eut là matière à envisager pour l'Afrique une possible « transition démographique » (la diminution de la mortalité pouvant entraîner, compte tenu de l'évolution parallèle des structures matrimoniales et familiales, une baisse de la natalité) qui la placerait résolument sur la voie de la modernité, on se prit ici et là (notamment du côté de l'OMS) à craindre que sa population n'augmentât trop vite et qu'il fallait vivement encourager les États africains à mettre en œuvre planning familial et contraception.

13. À la fin des années 1940, grâce aux stratégies draconiennes de lutte, les foyers de maladie du sommeil avaient presque tous été éradiqués.

Au total, c
« en dével
part d'alté
celle-ci par
culières, à
les gouvern
autoritaris
national (e
la base des
tions inter
du dévelop
par leurs c
sence, l'éd
bien ou au
les avanta
retiraient
« aide » o
et, dans u
critique),
de stratég
approprié

Ainsi,
à la fin c
l'an 2000
les grand
la malad
de progr
de santé
l'une des
mortalité
sition dé
nité ; et,
littérale,
tre que,
dont dis
lument :

Le retc

Puis vir
elles-mê
dont la
la « trag
de phén

n). De sorte qu'au tour-
 tait comme un continent
 ours élevés (avec notam-
 it une figure exemplaire
 u'elle appartenait désor-
 et que les voies du déve-
 à la bio-médecine, d'en
 s espérances de vie trop
 ne furent pas exactement
 résultats du « développe-
 s pendants dans les nom-
 litiques sanitaires natio-
 troubles et les instabilités
 tempteurs qui, non sans
 veloppement de plus en
 onialisme, ainsi que les
 l'Afrique participait et
 années 1960-1970. Dans
 , les opérations de déve-
 amais il n'y eut autant
 te d'Ivoire au début des
 endaient définitivement
 e ces derniers ne fussent
 oienne, les risques encou-
 multiples attrait de l'expa-
 bénéficièrent » en effet
 ssance ambiante ; et sur
 ances de l'action sani-
 es 1970 eut pour contre-
 reuses autres endémies,
 e changements notables
 emplairement l'urbani-
 des couches moyennes.
 cio-économiques (Rai-
 mortalité, notamment
 l'Afrique une possible
 mortalité pouvant entraî-
 tures matrimoniales et
 résolument sur la voie
 é de l'OMS) à craindre
 lait vivement encoura-
 nilial et contraception.
 nes de lutte, les foyers de

Au total, dans ce contexte de relative croissance, l'Afrique était réputée « en développement » ; et si bien des traits lui conféraient toujours une part d'altérité (que les théories dualistes tentaient de rendre intelligible), celle-ci paraissait devoir s'adapter, quitte à lui donner des tonalités particulières, à la montée grandissante d'une modernité africaine. D'un côté, les gouvernements africains justifiaient leur régime de parti unique et leur autoritarisme par la nécessité de construire l'unité et le développement national (avec l'idée pour certains de bâtir un « socialisme africain » sur la base des valeurs traditionnelles de solidarité) ; de l'autre, les organisations internationales, les ex-métropoles, les opérateurs publics ou privés du développement, les coopérants et experts de tous bords orchestraient, par leurs capitaux, leurs outils et compétences techniques, par leur présence, l'édification de cette modernité. Et si les choses n'allaient pas aussi bien ou aussi vite que leurs programmes ou projets ne l'avaient escompté, les avantages ou les sentiments d'utilité divers que les uns et les autres retiraient de leurs investissements, de leurs relations bilatérales, de leur « aide » ou de leur travail, rendaient l'Afrique attractive, voire attrayante et, dans un mouvement d'auto-référence (qui n'excluait bien sûr pas l'auto-critique), semblaient mobiliser toujours plus de volonté, de sciences et de stratégies de développement (y compris des stratégies alternatives, plus appropriées aux situations locales).

Ainsi, pour ne considérer que le domaine qui nous occupe ici, l'OMS, à la fin des années 1970, lança le mot d'ordre « la santé pour tous en l'an 2000 » ; et particulièrement à destination de l'Afrique où la lutte contre les grandes endémies (principalement contre le paludisme, l'oncocercose, la maladie du sommeil), la malnutrition infantile, et la mise en œuvre de programmes élargis de vaccination (relayés par l'UNICEF), de soins de santé primaires, de planning familial devaient concourir à éradiquer l'une des « causes » réputées majeures du sous-développement (taux de mortalité et de natalité toujours trop élevés) et à réaliser enfin cette « transition démographique » si propice à l'avènement d'une « vraie » modernité ; et, si personne ne pouvait raisonnablement croire à son expression littérale, le mot d'ordre avait en quelque sorte cette vertu de faire admettre que, compte tenu des moyens scientifiques, techniques et financiers dont disposait la communauté internationale, l'Afrique pouvait plus résolument accéder au progrès.

Le retour en force du tombeau

Puis vint le Sida ; le Sida et aussi les politiques d'ajustement structurel elles-mêmes accompagnées de multiples crises économiques et politiques dont la presse se fit abondamment l'écho en dénonçant la « faillite » et la « tragédie » du continent africain. Par l'association de ces deux ordres de phénomènes, j'amorce ici le dernier et très actuel épisode où le continent

africain paraît à nouveau sombrer dans le rejet, et se reconstituer en un « ailleurs inquiétant » digne de cette « couleur noire de la nuit », cette terrible métaphore dont avait usé Hegel dans ses brefs et incisifs écrits sur l'Afrique (1965). Rien ou presque ne semble plus épargner le continent, ni le « tribalisme », ni la corruption, ni la tyrannie et la gabegie de ses couches dirigeantes, ni la non-compétitivité de ses activités économiques, ni l'augmentation, dit-on, exponentielle de sa population, et son antithèse, « la catastrophe démographique » dont serait porteuse la pandémie sidéenne. Assurément, certains de ces maux avaient été, depuis longtemps, stigmatisés (il suffit d'évoquer le nom de R. Dumont), mais les années de croissance, comme on l'a vu, étaient telles qu'ils appartenaient presque banalement au paysage africain et que le développement, avec ses multiples acteurs et attraits, en faisaient peu ou prou son affaire ou les rangeaient sous la rubrique d'obstacles socio-culturels possiblement surmontables. En fait, c'est le déclin de la croissance (amorcé avec le premier choc pétrolier), puis le fameux « ajustement structurel » imposé par la Banque mondiale aux États africains (auquel s'ajoutèrent l'effondrement des cours de plusieurs produits tropicaux) qui recomposèrent rapidement l'image de l'Afrique en la désignant à la vindicte publique comme coupable de ses propres malheurs et dépositaire d'une altérité pouvant lui être désormais fatale ; et si le problème du Sida aurait pu simplement passer pour un malheur de plus, sans lien particulier avec l'ajustement structurel, le discours épidémiologique s'est vite construit dans le sens de cette funeste altérité, en l'espèce dans celui d'un nouveau « tombeau » dont, cette fois-ci, le continent africain serait foncièrement responsable.

Ainsi, dès 1983, ceux-là mêmes qui venaient d'établir l'entité et l'étiologie biomédicale du Sida (et tout particulièrement le célèbre Pr Robert Gallo) énoncèrent un récit de l'épidémie dont les diverses versions proposaient toutes l'Afrique comme sa terre d'origine ou d'élection (Grmek 1989). Tandis qu'on arguait de preuves scientifiques utilisant les rapides et performantes mises au point qui se firent en matière de dépistage sanguin du VIH (des sérums africains prélevés dans les années 1960 et 1970 se révélèrent positifs attestant, semblait-il, de l'antériorité du Sida en Afrique), le discours épidémiologique fit feu de tout bois pour fonder l'origine africaine de l'épidémie. On eut recours globalement à ce que j'oserais appeler une représentation positive de l'Afrique, celle qui, grâce aux découvertes récentes de la paléontologie, en fait (du moins en l'état des connaissances) le berceau de l'humanité ; mais, pour avoir présidé, semble-t-il, aux premières étapes de l'homínisation, le continent africain pourrait être tout aussi bien le terreau des grandes maladies contagieuses, des anciennes comme des nouvelles ; de sorte que l'évolution de l'Afrique serait plutôt de l'ordre de la répétition, d'un temps qui perpétue les commencements, en l'espèce des réserves naturelles et humaines d'où pourraient toujours surgir des virus ou des maladies inédites. Ainsi, on conçoit

que le
lées, et
sa nich
l'homr
gique
Sida ;
les sing
virale
à l'hô
missio
missio
en scè
et de l
de sar
aux si
veau s
et enf
Le
leurs (v
vieille
et l'é
malgr
asson
rant,
là un
longu
(malg
comr
souvi
origi
preu
les a
I
aura
cela,
geai
culiè
mise
plan
lière
du s
sont
cad'
natu
culi

et se reconstituer en un
noire de la nuit», cette
es brefs et incisifs écrits
e plus épargner le conti-
a tyrannie et la gabegie
té de ses activités écono-
de sa population, et son
t serait porteuse la pant
aux avaient été, depuis
n de R. Dumont), mais
nt telles qu'ils apparte-
t que le développement,
peu ou prou son affaire
socio-culturels possible-
croissance (amorcé avec
nent structurel» imposé
nel s'ajoutèrent l'effon-
ux) qui recomposèrent
à la vindicte publique
taire d'une altérité pou-
Sida aurait pu simple-
articulier avec l'ajuste-
t vite construit dans le
ti d'un nouveau « tom-
n serait foncièrement

établir l'entité et l'étiolo-
it le célèbre Pr Robert
iverses versions propo-
ou d'élection (Grmek
es utilisant les rapides
tière de dépistage sani-
s années 1960 et 1970
ntériorité du Sida en
out bois pour fonder
globalement à ce que
rique, celle qui, grâce
it (du moins en l'état
, pour avoir présidé,
, le continent africain
maladies contagieuses,
volution de l'Afrique
nps qui perpétue les
humaines d'où pour-
ites. Ainsi, on conçoit

que le VIH existait depuis belle lurette chez des peuplades africaines isolées, et, jusqu'à ce que des conditions particulières le fassent sortir de sa niche, qu'il n'avait pas (ou bien faiblement) d'effet pathogène pour l'homme. Mais, c'est avec l'espèce simienne que le discours épidémiologique des années 1980 entendit rendre manifeste l'origine africaine du Sida; supposé issu d'un germe souche évoluant à l'état endémique chez les singes africains, on imagina que le VIH serait l'effet d'une mutation virale en passant de ceux-ci (en particulier des grivets ou singes verts) à l'homme. Autrement dit, antérieurement aux modes connus de transmission humaine (sexuelle, sanguine, mère-enfant), il y aurait eu une transmission originare de l'animal à l'homme que seule l'Afrique pouvait mettre en scène par une étroite proximité, voire par une intrication de la nature et de la culture; on tira argument de rituels qui requéraient l'inoculation de sang de singe aux patients ou aux initiés, on prit à témoin la chasse aux singes et leur consommation (et plus particulièrement celle du cerveau simien cru dont seraient friandes certaines peuplades [Grmek 1989]), et enfin on fit allusion à de supposés rapports zoophiliques.

Le titre de l'ouvrage de J. Leibowitch *Un virus étrange venu d'ailleurs* (1984) résuma à souhait la pensée épidémiologique de l'époque. Cette vieille terre d'Afrique, ce berceau de l'humanité recérait tout l'ailleurs et l'étrange nécessaires à la compréhension d'une épidémie inédite; et malgré les aspects passablement déroutants du Sida, il y eut dans cette assumption d'un VIH originarement africain quelque chose de rassurant, comme si l'épidémiologie et, oserais-je dire, la science avaient fait là un grand pas, ou plutôt un pas s'avançant sur des sentiers balisés de longue date. L'intéressant dans toute cette affaire, c'est qu'à aucun moment (malgré des publications parues dans les meilleures revues scientifiques comme *The Lancet* ou *Nature*), biologistes et épidémiologistes (relayés souvent par la presse) n'administrèrent véritablement les preuves de cette origine africaine du Sida (ainsi certains d'entre eux se livrèrent à des contre-preuves indiquant, par exemple, que des sérums américains prélevés dans les années 1950 se révélaient positifs aux tests).

Il ne s'agissait donc au mieux que d'hypothèses qui, en tout état de cause, auraient dû être présentées rigoureusement comme telles, mais, au lieu de cela, on eut droit à des discours de vérité ou de vraisemblance qui mélangèrent les derniers acquis de la biologie, de la génétique (qui se sont particulièrement illustrées par la découverte rapide des rétrovirus du Sida et la mise au point de tests de dépistage), voire de la paléontologie (avec en arrière-plan les théories de l'évolution) avec une vision de l'Afrique rappelant singulièrement celle qui était de mise avant que la bio-médecine n'éclaire au début du siècle l'étiologie des endémies tropicales. Assurément, ces discours se sont abstenus de toute référence à une théorie des « miasmes » désormais caduque, mais ils en ont reconduit certains attendus reconnaissant dans la nature (les singes) comme dans les mœurs africaines (pratiques cynégétiques, culinaires, rituelles, sexuelles) la clef vraisemblable de l'origine du Sida.

En fait, cet apparent retour à une vision d'avant la « révolution microbienne » procède d'une raison scientifique (au risque, en la circonstance, de commettre des propos déraisonnables) qui, à travers le Sida, s'interrogea sur ce qu'on pourrait nommer théâtralement la Cause ; car si l'étiologie de la maladie fut en effet rapidement mise en forme et popularisée (suivant un schéma somme toute assez classique et assez pastorien où un agent pathogène, des modes de transmission permettaient d'expliquer la survenue du Sida), son caractère inédit et sa complexité manifeste (notamment au niveau de la grande variabilité génétique du virus, ou encore à celui du temps de passage de la séropositivité à des symptômes et des affections variés) devait ouvrir et déplacer largement le terrain de la Cause. De quel(s) phénomène(s) ou de quelle(s) « cause(s) » plus originelle(s), le VIH et sa diffusion sont-ils eux-mêmes l'effet ? Le VIH à travers ses modes de transmission peut-il à lui seul susciter l'apparition du Sida (en tant que processus de déficit immunitaire conduisant à la mort) ? N'y a-t-il pas autre chose, d'autres virus, d'autres facteurs pathogènes qui pourraient expliquer la virulence du VIH et la survenue de la maladie ? Si ces questions sont bien évidemment légitimes et constituent certainement la pointe la plus avancée de la recherche bio-médicale et épidémiologique sur le Sida (Pialoux & Montagnier 1991), il est patent qu'elles mettent à rude épreuve la notion de cause, à tout le moins celle qui prévalait à l'intérieur du paradigme pastorien et qui faisait de telle maladie contagieuse ou transmissible une affection explicable (et possiblement maîtrisable par un vaccin et/ou un traitement préventif ou curatif approprié) par l'action spécifique d'un agent pathogène. On reconnaîtra, dans cette affaire, la manifestation aigüe de ce qu'on appelle désormais communément, depuis T. Kuhn, un changement de paradigme, et bien que celui-ci fût déjà bien entamé au travers des progrès rapides de la biologie moléculaire, de l'immunologie ou de l'épidémiologie génétique (qui font de certaines maladies, comme le cancer, des maladies multifactorielles), le fait qu'il implique une nouvelle maladie, transmissible et mortelle, à caractère pandémique, a en quelque sorte redonné force à cette vision prépastorienne qui recherchait les causes des pathologies tropicales dans les multiples liens et combinaisons des éléments de la nature et de la culture, de l'environnement et des mœurs.

Tout s'est donc passé comme si la survenue du Sida avait précipité ce changement dans une sorte de crise, et comme si cette crise avait semblé devoir se résoudre en renouant les fils d'un certain regard sur l'Afrique ; celui, en l'occurrence, qui, assimilant le continent à la figure même de l'altérité (incluant l'idée du « berceau de l'humanité » comme une sorte d'état permanent), lui faisait du même coup jouer le personnage de la « Cause » : soit un rôle qui, outrepassant l'étiologie et l'identité biomédicalement établie du Sida, consistait à lui imputer toute l'étrangeté et tous les mystères dont le VIH et la maladie restaient enveloppés.

À part
quelque
de l'ori
ses imp
réducti
aussi f
contest
mettre
rialism
les Bla
stoppe
& Fass
cas à l
faibles
était b
dans l
ment à
ailleurs
d'info
che s'

Ceper
contir
ment
tage c
gique
de l'é
terme
tout c
train
là, et
des e
sent,
prévi
la mé
que l
rose
ce qu
nou
soit
sion

ant la «révolution micro-
sque, en la circonstance,
travers le Sida, s'inter-
nt la Cause; car si l'étio-
en forme et popularisée
e et assez pastorien où
permettaient d'expliquer
a complexité manifeste
génétique du virus, ou
tivité à des symptômes
er largement le terrain
elle(s) «cause(s)» plus
nêmes l'effet? Le VIH
eul susciter l'apparition
nitaire conduisant à la
l'autres facteurs patho-
VIH et la survenue de
ent légitimes et consti-
recherche bio-médicale
nier 1991), il est patent
, à tout le moins celle
et qui faisait de telle
n explicable (et possi-
ent préventif ou cura-
pathogène. On recon-
de ce qu'on appelle
gement de paradigme,
s des progrès rapides
l'épidémiologie géné-
cancer, des maladies
le maladie, transmis-
quelque sorte redonné
s causes des patholo-
sons des éléments de
des mœurs.
Sida avait précipité
si cette crise avait
n certain regard sur
continent à la figure
l'humanité» comme
jouer le personnage
iologie et l'identité
puter toute l'étran-
étaient enveloppés.

À partir du milieu des années 1980, le discours épidémiologique dut quelque peu baisser le ton; non seulement il n'apporta pas les preuves de l'origine africaine du Sida, mais surtout il subit le contre-coup de ses imputations en redécouvrant que l'Afrique n'était pas exactement réductible à sa gent simienne et à ses rites «étranges», mais qu'elle était aussi faite d'États, voire d'opinions publiques tout à fait capables de contester la «Cause» et de la renvoyer à ceux qui entreprirent de la mettre en scène. Le Sida fut ainsi dénoncé comme «maladie de l'impérialisme» et le plus souvent comme résultant d'un «virus transmis par les Blancs» (certaines «opinions» y voyant une action volontaire pour stopper la croissance démographique du continent), et jusqu'à 1987 (Dozon & Fassin 1989), de nombreux États africains refusèrent de déclarer leurs cas à l'OMS (ou se contentèrent de mentionner des chiffres extrêmement faibles) faisant à leur manière la «preuve» que le théâtre de l'épidémie était bien plutôt du côté de l'Europe et des États-Unis. On se prit donc dans les milieux autorisés à considérer que l'heure n'était plus véritablement à disserter sur l'Afrique «berceau du Sida», et qu'il fallait, comme ailleurs dans le monde, mener la lutte contre le fléau par des politiques d'information et de prévention adaptées (tandis, bien sûr, que la recherche s'attelait à la mise au point d'un vaccin).

Cependant, malgré ces prudentes résolutions, le Sida et l'Afrique n'en continuent pas moins, aujourd'hui, à entretenir des rapports singulièrement électifs. Outre que le «berceau africain» demeure toujours, d'avantage qu'une hypothèse, une référence dont certains discours épidémiologiques et journalistiques ne se départissent pas, c'est désormais l'expansion de l'épidémie sur le continent qui, évaluée par de nombreux experts en termes catastrophiques, désigne celui-ci comme sa proie privilégiée, et pour tout dire, comme son tombeau. Nul doute, en effet, que l'Afrique est en train de subir une expansion rapide et dramatique du Sida; les faits sont là, et notamment le nombre plus que croissant de séropositifs, de malades et de morts. Mais comme souvent, et particulièrement dans le cas présent, ils sont produits dans un cadre interprétatif (assorti d'une volonté prévisionnelle très prégnante) qui, me semble-t-il, n'affiche pas exactement la même évidence. Ainsi, dans l'ordre factuel, il est unanimement admis que le Sida, en Afrique, se développe principalement par transmission hétérosexuelle (les femmes étant autant contaminées que les hommes), mais ce qui résulte ici d'une «épidémiologie descriptive» tend à tomber, une nouvelle fois, sous le magistère de la Cause. Que l'Afrique en soit ou n'en soit pas le berceau, le Sida n'y trouverait que des tremplins à son expansion par le caractère excessivement libre et débridé des mœurs sexuelles¹⁴,

14. N. Clumeck, «L'épidémie sera à l'origine d'une mutation majeure de la société africaines», *Le Monde*, 28 nov. 1987.

et plus précisément des mœurs hétérosexuelles (ce qui, malgré tout, oserai-je ajouter, en limite le caractère « débridé »). En la matière, tout est bon pour étayer une telle assertion ; tantôt on invoque les traditions en leur imputant cette anachronique mais performative expression de « promiscuité sexuelle » (qui paraît se confondre avec l'idée d'une polygamie proprement « pulsionnelle »), tantôt on scrute la modernité africaine pour n'y voir que laxisme et frivolité : dans les villes surtout, parmi les riches, mais aussi bien parmi les pauvres pour lesquels « la sexualité est le moteur essentiel de la survie »¹⁵, sorte de culture refuge où la prostitution fait son gîte. En ce point, le discours épidémiologique est singulièrement conforté et amplifié par tous ces autres discours qui stigmatisent la « faille » de l'Afrique en en imputant l'entière responsabilité aux Africains eux-mêmes ; dans tous les cas la cause ciblée est en quelque sorte la même : ce seraient les mœurs qui non seulement feraient obstacle au développement mais consumeraient de l'intérieur les États africains (la corruption prenant ici une valeur emblématique) et, dans cette construction globale, la pandémie du Sida semble jouer le rôle d'une accablante ordalie comme si, à travers elle, l'Afrique paraissait « avouer » tout ce contre quoi l'exportation du « progrès » n'avait jamais cessé de se heurter. Construction au reste, qui ne manque pas d'affecter l'ajustement structurel lui-même qui, pour prétendre requérir des États africains des assainissements économiques draconiens, peut prendre un sens plus extensif en s'appliquant aux mœurs et aux comportements, comme si, en définitive, leurs populations n'avaient pour toute alternative que de « s'ajuster » ou de sombrer.

Cette dernière hypothèse est en fait tout particulièrement prise par certains discours épidémiologiques qui n'hésitent pas à proposer pour la décennie à venir un scénario-catastrophe, et, bouclant ainsi leurs attendus d'un continent résolument spécifique (voué, quitte à en succomber, à pérenniser ses mœurs) pronostiquent un vaste dépeuplement (plus de cent millions de morts) et des « espaces vides d'hommes ».

Dans ce florilège de discours et de prévisions épidémiologiques, l'ordre factuel est devenu singulièrement problématique. À tout mettre sur le compte de la transmission sexuelle, ou plutôt sur celui de mœurs qui disséminent à qui mieux mieux le virus, on fait comme si la contamination sanguine était une voie tout à fait secondaire de l'expansion de l'épidémie. Or, lorsqu'on sait, d'une part, que dans nos pays développés, tout particulièrement en France, des unités entières de transfusion ont été très vite contaminées (entraînant, notamment, la séropositivité de la moitié des hémophiles et de nombreux transfusés), d'autre part, qu'en Afrique, les transfusions sanguines y sont des actes médicaux extrêmement fréquents (beaucoup plus fréquents que dans nos pays développés,

15. N. Clumeck, cf. *supra* n. 15.

s'appliqua
aux enfant
loin s'en f
sanitaires
de transmi
rejaillit tr
assez mal
un instant
il est pate
le discours
un univer
son exerc
iatrogène
l'ampleur
à leurs c
craignait
d'une m
et comm
avec elle
et des r

D'au
continen
préjuger
aides in
« ajuster
préconis
plus de
Dackar
mesure
sidéenn
familial
que la
trentain
contin
africair
« vertu
la cata
l'image
l'on p
Appar
démog

16. Ou
qu

du Sida, mais qui se maintient, malgré tout, avec l'expansion de l'épidémie), elle en est bien plutôt l'extrême conjuration, comme si à la menace que représenterait pour l'Occident, voire pour la planète, cette explosion, il fallait opposer une menace d'une teneur identique mais radicale, qui procéderait en quelque sorte par implosion.

La thèse de la catastrophe imminente est ainsi grosse des peurs qu'a engendrées depuis peu l'idée d'un continent africain surpeuplé : elle ne la contredit pas, elle l'inverse dans l'imaginaire en faisant de l'Afrique son propre tombeau. Mais, par cette inversion, elle boucle, d'une manière bien intéressante, l'histoire générale des rapports de l'Occident avec l'Afrique. Car, si dans le contexte de crises, d'ajustements et de Sida le mouvement de l'attraction/répulsion semble s'être à nouveau fixé sur le deuxième terme, des stratèges de tous bords se complaisent très sérieusement à envisager le dépeuplement prochain du continent africain, à l'instar de cet auteur de la *Revue internationale de Défense* (Venter 1988) qui, sur la base de l'hécatombe annoncée, affirme que le continent fait désormais l'objet de mille convoitises ; le Sida, en effet, provoquant « un appel du vide », permettrait la « libre » exploitation par les grandes puissances de ses nombreuses et riches matières premières, mais qui plus est, autoriserait ce que les nations européennes, à la fin du siècle dernier, n'ont pu qu'exceptionnellement faire, à savoir de vastes colonisations de peuplement : colonisations qui concerneraient moins l'Europe que des pays comme l'Inde qui déverseraient leur trop plein d'habitants et organiseraient enfin le développement du continent. Ils courent, ils courent le cynisme et le fantasme, bien plus rapides que le virus lui-même, et bien plus prompts qu'aucun ajustement structurel à prétendre « normaliser » définitivement une Afrique exsangue.

Un siècle sépare la figure d'une Afrique « tombeau des Blancs » de celle d'un continent qui serait devenu son propre fossoyeur, et, bien que ce siècle soit en principe celui des métamorphoses et des accélérations rapides de l'histoire (qu'illustrent à souhait la constitution des empires coloniaux, l'avènement de jeunes nations en voie de développement, le progrès des sciences, notamment des sciences biomédicales), on y devine quelques rapprochements intéressants entre ces deux figures ; en l'occurrence, dans chaque cas, la constitution d'une « altérité inquiétante » autour d'un ensemble nature/culture ou mœurs/maladies qui fonctionne comme un repoussoir vis-à-vis de tout processus de colonisation ou de développement, et induit par la même ce « double bind » oscillant entre le rejet et la convoitise, l'abandon de l'Afrique à elle-même et la maîtrise intégrale de son évolution. L'histoire a une première fois déjà d'une certaine façon tranché ; ce ne fut assurément pas le rejet ou l'abandon, mais ce ne fut pas exactement non plus la maîtrise intégrale, car les colonisations durent négocier avec l'altérité en question, voire en tirer partie, au point de la réduire, et de penser l'Afrique en des termes tout à la fois dualistes

ec l'expansion de l'épidé-
on, comme si à la menace
a planète, cette explosion,
antique mais radicale, qui

nsi grosse des peurs qu'a
fricain surpeuplé: elle ne
e en faisant de l'Afrique
elle boucle, d'une manière
ports de l'Occident avec
d'ajustements et de Sida
s'être à nouveau fixé sur
e complaisent très sérieu-
continent africain, à l'ins-
e *Défense* (Venter 1988)
me que le continent fait
n effet, provoquant « un
ion par les grandes puis-
nières, mais qui plus est,
la fin du siècle dernier,
e vastes colonisations de
ins l'Europe que des pays
d'habitants et organise-
; courent, ils courent le
virus lui-même, et bien
prétendre « normaliser »

au des Blancs » de celle
ssoyeur, et, bien que ce
des accélérations rapides
i des empires coloniaux,
ppement, le progrès des
n y devine quelques rap-
; en l'occurrence, dans
uiétante » autour d'un
fonctionne comme un
ation ou de développe-
oscillant entre le rejet
ème et la maîtrise inté-
fois déjà d'une certaine
ou l'abandon, mais ce
le, car les colonisations
n tirer partie, au point
tout à la fois dualistes

(l'archaïsme des mœurs face à la modernité grandissante) et progressistes. À cet égard, la biomédecine joua un rôle essentiel puisque tout en participant à la dissipation du « tombeau de l'homme blanc », elle éclaircit non seulement les mystères des maladies tropicales, mais se fit fort d'éradiquer les plus terribles endémies, quand bien même elle piétinait (sauf pour la fièvre jaune) sur ce qui aurait été le comble de sa réussite, à savoir la mise au point de vaccins contre le paludisme, la trypanosomiase, etc.

Le Sida dans le contexte de l'ajustement structurel fait surgir des scénarii et des fantasmes qui rappellent singulièrement les termes du « double bind », et il les suscite d'autant mieux en ces termes que la biomédecine et l'épidémiologie, à son propos, en savent, pour l'heure, à la fois beaucoup et pas assez, et que son expansion en Afrique comble en quelque sorte ce hiatus du savoir par un retour massif de l'altérité, de l'ailleurs d'où peuvent être mises en scènes aussi bien l'origine ou la Cause du Sida (l'« étrange virus » qui s'accorde si bien avec l'étrangeté des mœurs) que ses conséquences les plus destructrices (dépeuplement du continent qui semble autoriser à nouveau toutes les convoitises). Mais l'histoire semble s'arranger déjà d'un troisième terme ou d'une troisième voie : celle des opportunités et des urgences immédiates de la biomédecine qui, un peu comme durant la période coloniale, ont fait de l'Afrique un laboratoire *in situ*, et permettent d'y mener, sans trop d'égards pour le droit des personnes, des dépistages, des enquêtes de séroprévalence, des expériences vaccinales, etc. À ce prix, on oserait presque espérer que l'Afrique devienne beaucoup moins la terre d'élection du Sida que celle qui permettrait d'en découvrir le remède.

ORSTOM, Paris, 1991

BIBLIOGRAPHIE

BROUARD, N. & DACKAM, R.

1988 « Le Sida en Afrique, conséquences pour l'évolution future de la mortalité », communication au Congrès africain de démographie, organisé par l'Union internationale pour l'étude scientifique des populations, l'Union for African Population Studies et la Direction de la statistique du Sénégal, Dakar, 7-12 nov., mimeo.

COPANS, J. & JAMIN, J.

1978 *Aux origines de l'anthropologie française*, Paris, Le Sycomore.

CORBIN, A.

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

CORRE, A.

1883 *Traité des fièvres bilieuses et typiques des pays chauds*, Paris, Doin.

DOZON, J.-P.

1985 « Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et Santé*, III (3-4): 27-56.

DOZON, J.-P. & FASSIN, D.

1989 « Raisons épidémiologiques et raisons d'État : les enjeux socio-politiques du Sida en Afrique », *Sciences sociales et Santé*, VII (1): 21-36.

FOUCAULT, M.

1963 *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France.

GRMEK, M.D.

1989 *Histoire du Sida*, Paris, Payot.

HEGEL, G.W.F.

1965 *La raison dans l'histoire*, Paris, Plon.

JAMOT, E.

1929 *La maladie du sommeil au Cameroun. Comment nous la combattons*, Bobo-Dioulasso, Archives du Centre Muraz.

LAPEYSSONIE

1988 *La médecine coloniale*, Paris, Seghers.

LATOUR, B.

1984 *Les microbes : guerre et paix, suivi de Irréductions*, Paris, A.-M. Métailié.

LÉCUYER, B. P.

1986 « L'hygiène en France avant Pasteur, 1750-1850 », in C. SALOMON-BAYET, ed., *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Paris, Payot: 65-139.

LEIBOWITCH, J.

1984 *Un virus étrange venu d'ailleurs*, Paris, Grasset.

LÉONARD, J.

1967 *Les officiers de la Marine française de 1814 à 1835*, Paris, Klincksieck.

1981 *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier-Montaigne.

MATHIS, C.

1946 *L'œuvre des Pastoriens en Afrique noire*, Paris, PUF.

M'BOKOLO, E.

1983 « Histoire des maladies, histoire et maladie », in M. AUGÉ & C. HERZLICH, eds., *Le sens du mal*, Paris, Éditions des Archives contemporaines: 155-186.

PIALOUX, G. & MONTAGNIER, L.

1991 « Sida et infections à VIH : l'hypothèse de co-facteurs transmissibles », *Cahiers Santé*, I (1): 47-51.

RAINAUT, C.

1987 « Le privilège urbain : conditions de vie et santé au Niger », *Politique africaine*, 28: 42-52.

JEAN-PIERRE DOZON

D'UN TOMBEAU L'AUTRE

157

TAFFIN, D.

1990 « Des miasmes et des races : les officiers de santé de la marine et le monde colonial antillais », *Ultra-Marine. Bulletin des Amis des Archives d'Outre-mer*, 1: 11-15.

VENTER, A. J.

1988 « Le Sida et ses implications stratégiques en Afrique noire », *Revue internationale de Défense*, VIII (4): 357-359.

VILLAMUR, R. & RICHAUD, L.

1903 *Notre colonie de la Côte d'Ivoire*, Paris Challamel.

WONDJI, C.

1972 « La fièvre jaune à Grand-Bassam (1899-1903) », *Revue française d'Histoire d'Outre-Mer*, 215: 205-239.

sommeil», *Sciences sociales*

es enjeux socio-politiques du
VIII (1): 21-36.

itaires de France.

nous la combattons, Bobo-

ons, Paris, A.-M. Métaillé.

», in C. SALOMON-BAYET,
Payot: 65-139.

35, Paris, Klincksieck.

is, Aubier-Montaigne.

PUF.

M. AUGÉ & C. HERZLICH,
contemporaines: 155-186.

rs transmissibles», *Cahiers*

au Niger», *Politique afri-*

