

L'APPARITION DU SIDA ET LA GESTION DES ÉPIDÉMIES DU PASSÉ AU SÉNÉGAL

Charles Becker

Introduction

Deux remarques initiales serviront à introduire le thème annoncé.

D'une part, la situation épidémiologique du Sénégal telle qu'elle est connue par la notification des cas et par les indications de la surveillance sentinelle manifeste une présence immédiate du sida moins forte que dans d'autres régions d'Afrique. Par contre, pour d'autres grands problèmes de santé les indicateurs sont fournis depuis longtemps et sont assez bien connus.

D'autre part, des travaux anglophones très divers s'intéressent à la gestion des problèmes de santé du passé et aux crises anciennes. Ces travaux relatifs à des régions africaines ont été consacrés aux endémies et aux épidémies du passé. Ils proposent des références historiques qu'on évoque 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), la constance de la malnutrition, des maladies diarrhéiques, et des maladies sexuelles (Arnold, 1988; Dawson, 1987; Feiermann & Janzen, 1992; Gilman, 1989; Hartwig & Patterson, 1978 et 1984; Lyons, *passim*; Mac Leod & Lewis, 1988; Patterson, 1979 et 1981; Sabben-Clare *et al.*, 1980). Plusieurs proposent des réflexions sur les liens entre les épidémies du passé et l'épidémie actuelle du sida (Dawson, 1988; Gilman, 1989; Lyons, 1992; Maulitz, 1992; Miller & Rockwell, 1988; Packard, 1989). Par contre, la connaissance historique des problèmes de santé africains est encore très faible pour la plupart des pays francophones, et n'est guère prise en compte pour saisir les questions et les enjeux du présent. On ne peut citer que quelques études dont la perspective générale est parfois critiquable sur certains points et qui - sauf la plus récente - ne font guère de lien explicite avec l'épidémie actuelle du sida (Domergue-Cloarec, 1986; Dozon, 1985 et 1991; Grmek, 1989; Hervouet, 1990 et 1992; Lapeyssonnie, 1988; Léonard, 1967; Mathis, 1946; Mbokolo, 1982 et 1984; Pluchon, 1985; Sankalé, 1969).

Ainsi les orientations récentes prises dans les études historiques sur l'Afrique montrent que les maladies et les épidémies du passé ont été des causes de changements historiques et d'évolutions sociales. Elles ont suscité des réactions sociales et politiques qui sont révélatrices des clivages de la société et des conflits culturels. Cependant la gestion sociale des épidémies du passé a été assez peu étudiée par l'historiographie française, bien que les documents historiques disponibles soient nombreux.

Nous concentrerons notre attention sur le cas du Sénégal, pour tenter de répondre à plusieurs interrogations : quelle est la spécificité de l'épidémie du sida par rapport aux épidémies du passé (et aux autres épidémies actuelles) et quelle est la spécificité de sa gestion, quelles sont les raisons de sa rapide expansion dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne ? Il est en effet possible d'apporter des éléments historiques pour éclairer des débats très actuels sur les origines et les raisons du développement de l'épidémie, en particulier les discussions autour de la spécificité des régimes sexuels africains et de la faiblesse des réactions africaines par rapport à l'épidémie (Bibeau, 1991; Caldwell *et al.*, 1989 et 1992; Dozon & Fassin, 1989; Engelhard, 1989; Fassin et Dozon, 1989; Le Blanc, 1991).

La gestion des épidémies du passé au Sénégal

Quelques rappels sont nécessaires pour souligner les faiblesses de la connaissance historique sur la gestion de la santé et des épisodes épidémiques, qui sont des révélateurs des inégalités sociales et dont on sait mieux maintenant qu'ils n'atteignent pas de la même manière les divers groupes sociaux. Les inégalités devant la santé et la mort se manifestent très clairement à ces moments de crise, et l'on saisit que, pour le sida comme pour beaucoup d'autres maladies épidémiques, le contexte social de leur apparition inclut des facteurs économiques : croissance urbaine accélérée, migrations de travail, pauvreté urbaine, délaissement des zones rurales, lacunes des systèmes de soins qui conduisent à l'éclosion des épidémies (Le Blanc *et al.*, 1991).

Les absences de l'historiographie française sur la santé s'expliquent en grande partie par l'idéologie de la justification de la colonisation par l'œuvre médicale. Cela explique en grande partie le retard énorme accumulé par la recherche historique française dans l'étude des faits de santé et l'absence presque totale de thèmes présents dans la littérature anglophone et abondamment développés dans les rapports et les publications de l'époque coloniale. Quand on examine la production anglophone récente, depuis les travaux pionniers de Patterson et Hartwig, les études synthétiques de Curtin, dans les années 1970 et 1980, on constate une floraison d'études qui proposent des approches diverses des faits de santé, et qui situent l'histoire de la maladie et des thérapies au cœur de l'histoire sociale africaine. Ces travaux constituent des remises en cause et on y note une sensibilité à des thèmes très nouveaux. Ainsi dans la production historique des dernières années, voit-on l'apparition de thématiques proposant :

- un réexamen des tentatives biomédicales occidentales pour comprendre mieux la manière dont la science biomédicale a cherché à imposer ses raisons, et a utilisé les colonies comme un vaste laboratoire d'expériences (Dozon, 1991; Cohen, 1982);
- une attention à la gestion sociale des maladies et surtout des épidémies où le pouvoir colonial intervient pour la prévention, pour la mise en œuvre des mesures sanitaires et pour l'organisation des systèmes de soins;
- un regard neuf sur la manière dont les sociétés africaines ont vécu, interprété et soigné les maladies, comment elles ont accepté, rejeté ou composé avec les stratégies mises en œuvre par les administrateurs et médecins coloniaux;
- une mise en relation des problèmes de santé et des problèmes de population, qui se manifeste dans les études de démographie historique africaine, dont l'essor a été remarquable surtout en milieu anglophone (Fyfe & Mc Master, 1977 et 1981).

La connaissance des problèmes de santé au Sénégal

L'essai bibliographique proposé sur la santé et la population du Sénégal avant 1960 (Collignon & Becker, 1989) a cependant montré l'abondance et la précision des sources bibliographiques, des rapports et des travaux publiés durant la période coloniale, l'existence presque insoupçonnée de nombreuses thèses de médecine depuis la fin du XVIII^e siècle (voir tableau ci-dessous). Les travaux récents entrepris dans les fonds d'archives au Sénégal manifestent la richesse étonnante des sources qui sont restées trop délaissées et n'ont donc guère été interrogées.

Dans le cas du Sénégal, il est étonnant de constater la relative faiblesse des études historiques déjà réalisées, malgré la richesse des matériaux disponibles (en raison de la situation privilégiée de cette colonie où les réalisations et les recherches ont été poussées). On doit aussi remarquer le très faible intérêt manifesté pour une étude approfondie de l'histoire des conceptions et des recours thérapeutiques (qui suppose une collecte préalable abondante de témoignages et de données orales).

Tableau 1. Thèses de médecine sur le Sénégal : 1800 à 1960

Thèmes	Années	1800-50	1851-99	1900-30	1930-60	Total
Santé publique,						
Hygiène		9	34	4	8	55
Personnel médical		0	0	1	1	2
Anthropologie physique		0	0	0	1	1
Vaccinations		0	0	0	3	3
Pharmacie		0	1	0	0	1
Alimentation		0	0	0	3	3

	Années	1800-50	1851-99	1900-30	1930-60	Total
Maladies virales		1	8	2	3	14
Maladies bactériennes		2	3	0	14	19
Maladies parasitaires		0	12	4	6	22
Mycoses		0	0	0	1	1
Médecine générale		0	6	0	10	16
Pédiatrie		0	0	0	7	7
Agents toxiques		0	2	0	1	3
Tumeur-cancer		0	0	0	6	6
Total		12	66	11	64	153

Nous utilisons quelques éléments de travaux personnels en cours¹, mais il s'avèrerait urgent de développer davantage des études - qui sont faisables au vu des sources déjà inventoriées :

- sur les épidémies et leurs conséquences démographiques (morbidité et mortalité), mais aussi les maladies endémiques (leur importance et leurs conséquences variables selon les régions);
- sur les politiques sanitaires (hygiène, prévention, structures de santé, orientations budgétaires);
- sur les pratiques biomédicales où l'Afrique et plus particulièrement le Sénégal a été considéré comme un laboratoire;
- sur les législations dont certaines orientations - privilégiant la prophylaxie, la formation des personnels, les systèmes de soins - peuvent être définies au long des périodes historiques;
- sur les changements sociaux et les conflits entre les logiques administratives et les logiques sociales africaines, ces études comportant un volet centré sur les pratiques sociales et un autre sur les représentations. Cette étude est sans doute la plus intéressante, mais a été délaissée car certaines questions n'ont presque jamais été posées. En particulier, on ne devine guère dans les études historiques française le retournement de perspective proposé par exemple dans l'ouvrage de Megan Vaughan (1992), *Curing their ills*, qui souligne la nécessité de prendre vraiment en considération les témoignages historiques sur la manière dont la maladie et les malades ont été soignés dans les sociétés africaines, et donc sur les conflits entre les logiques sociales (logiques administratives coloniales, logiques médicales coloniales, logiques des malades, logiques des thérapeutes qui durant cette période coloniale savent modifier leurs discours, leurs pratiques thérapeutiques).

Pour le cas du Sénégal, qui est sur certains points exemplaire (richesse de la documentation et des expériences de prophylaxie, de formation, de soins, de recherche), les principaux problèmes du passé ont été la peste, la fièvre jaune, mais aussi le choléra et la variole. Un regard historique permet de décrire les traits de la gestion sociale des épidémies du passé (mesures sanitaires et législatives, mesures budgétaires, mise en place de structures de soin et de recherche, application de mesures de prophylaxie et de soins, mais surtout attitude et réactions des sociétés et de leurs groupes constitutifs face aux maladies et par rapport aux modes d'intervention sanitaire coloniale).

Par rapport à l'idéologie coloniale qui met en avant la réussite de la défense de l'homme blanc contre les miasmes et la morbidité-mortalité en Afrique ainsi que les succès de l'action sanitaire coloniale, on peut tenter une analyse plus complète de l'histoire de la santé, des épidémies et des endémies qui ont été vécues par les acteurs sociaux. On doit aussi souligner surtout les cloisonnements entre des systèmes interprétatifs de la maladie et les systèmes de lutte et de soins mis en œuvre face aux problèmes de santé.

1. Travaux menés en collaboration avec R. Collignon et M. Sène.

Tableau 2. Les épidémies au Sénégal de 1724 à nos jours

	Fièvre jaune	Variolo	Choléra	Peste	Fièvre récurrente	Méningite cérébro-spinale	Dengue	Grippe influenza
1724-5		VR						
1750	FJ							
1759	FJ							
1764-6	FJ							
1769	FJ							
1778-9	FJ							
1816	FJ							
1818		VR						
1828-30	FJ							
1835-6		VR						
1837	FJ							
1839-40		VR						
1842		VR						
1845	FJ							
1846	FJ	VR						
1848		VR						
1858-9		VR						
1859-60	FJ							
1865-7	FJ							
1867							DENG	
1868		VR	CHOL		FR			
1869	FJ	VR	CHOL					
1872	FJ							
1878	FJ							
1880	FJ	VR						
1881-3	FJ							
1882			CHOL					
1883		VR						
1886-9		VR						
1891	FJ	VR						
1892	FJ		CHOL					
1893		VR	CHOL					
1895		VR						
1897	FJ							
1898		VR						
1899						MCS		
1900-1	FJ							
1903-4		VR						
1905-6								
1911	FJ							
1912	FJ	VR						
1914	FJ							
1915				PEST PEST PEST		MCS		
1916				PEST	FR			

	Fièvre jaune	Variole	Choléra	Peste	Fièvre récurrente	Méningite cérébro-spinale	Dengue	Grippe influenza
1917				PEST				
1918								INFLU
1919				PEST				INFLU
1920-4				PEST				
1925						MCS	DENG	
1926	FJ						DENG	
1927	FJ			PEST				
1928	FJ	VR		PEST				
1929-30				PEST				
1934	FJ							
1936						MCS		
1939		VR						
1941						MCS		
1944				PEST		MCS		
1945						MCS		
1948-9					FR			
1954						MCS		
1957		VR						GRIP
1965	FJ							
1972ss			CHOL					
1981	FJ							

Par une étude fine, on peut constater les limites de l'action sanitaire (et sociale) qui s'est caractérisée par des antagonismes et des difficultés à imposer aux sociétés des formes de thérapie et de lutte contre la maladie, à justifier ses pratiques, et à imposer durablement ses modèles biomédicaux.

L'analyse historique des politiques de santé - de prévention et d'intervention -, ainsi que les constats actuels manifestent de grandes inégalités devant la maladie et la mort. Les sociétés rurales ont, encore bien moins que les sociétés urbaines africaines, été considérées comme responsables de leur santé. En déniaient la validité des divers recours thérapeutiques traditionnels, les responsables médicaux ont privilégié des interventions parfois efficaces, parfois aussi désastreuses lorsqu'elles ont été effectuées sans respect et sans intérêt pour les sociétés confrontées à des crises sanitaires. Ainsi les logiques de l'intervention médicale, dont l'efficacité ne saurait être niée, n'ont pas toujours tenu compte et ont même souvent refusé de comprendre les logiques sociales à l'œuvre face à la maladie et à la mort.

Les crises de santé

Les crises sanitaires ont été nombreuses et variées au cours de l'histoire comme l'atteste le tableau précédent évoquant pour près de trois siècles les épisodes épidémiques au Sénégal, qui ont représenté des problèmes de santé importants, rémanents ou résurgents, passant souvent à un statut endémique.

Depuis l'époque de la traite des esclaves et en liaison avec elle, les maladies sont présentes, connues localement ou importées. Les renseignements les plus abondants portent sur la population des comptoirs, mais aussi sur les esclaves dont on connaît la forte mortalité avant l'embarquement dans les captivités où la malnutrition et les conditions d'hygiène entraînent une morbidité et souvent une mortalité notables. Lors de la traversée de l'Atlantique, les taux de mortalité dépassent les 10 % et résultent des conditions de vie à bord des navires négriers et de l'état sanitaire des esclaves au départ des côtes africaines. Au XVIII^e siècle on enregistre de fortes épidémies, et les compagnies commerciales encouragent les efforts des « médecins » et « chirurgiens »

pour réduire la morbidité et la mortalité des personnels européens, et aussi des captifs. Mais les travaux de cette époque demeurent surtout des descriptions et proposent parfois des mesures préventives ou curatives qui peuvent faire appel à des ressources locales : citons par exemple les travaux du naturaliste célèbre Michel Adanson qui s'intéressa dès le milieu du XVIII^e siècle aux vertus de la pharmacopée traditionnelle. Néanmoins, on reste encore très démuni devant les problèmes de santé qui sont souvent importés de l'extérieur et se développent souvent à partir des points de traite européens, entraînant d'effroyables mortalités.

Au XIX^e siècle, qui voit le développement de la conquête coloniale, les conditions sanitaires se dégradent : les épidémies se multiplient, avec une dizaine d'épisodes de variole ainsi que de fièvre jaune, mais aussi de choléra. Alors que les sociétés africaines utilisaient les ressources de leurs savoirs médicaux, les Européens ont cherché à assurer la protection des comptoirs, des postes et des personnels engagés dans les processus de conquête et d'organisation coloniales. Les mesures de prophylaxie et d'hygiène appliquées dès lors dans les établissements comportent la mise en œuvre fréquente de l'isolement pour ne pas dire de la ségrégation.

Durant les deux premiers tiers du XX^e siècle, soit la période coloniale, les crises sanitaires restent très nombreuses malgré les progrès de la science médicale et leur utilisation dans certaines parties de l'Afrique. La stagnation démographique, avec même des régressions, qui se constate jusqu'en 1930, s'explique par les problèmes médicaux de l'époque, avec en particulier celui de la peste qui apparaît dès 1912, se développe en 1914 avec son irruption à Dakar, et ne sera résolu qu'en 1945. Il s'agit là d'une épidémie qui a touché la ville et plus encore la campagne où les victimes ont été nombreuses. Comme pour les autres épidémies du XX^e siècle, des mesures sanitaires de prévention et de lutte ont été prises : en ville, on note de rares tentatives d'information et d'appels à la participation des citoyens africains, mais surtout l'application de mesures d'hygiène répressives et une tentative d'instauration d'une ségrégation dans l'habitat entre la population blanche des colons et la population africaine. Cet essai - création de la Médina - qui sera un échec, manifeste à quel point les pouvoirs coloniaux pensaient pouvoir imposer, par la force même, un ordre sanitaire et combien la possibilité d'une éducation sanitaire était rejetée *a priori*.

En milieu rural, beaucoup de malades moururent lors des épidémies, et des épidémies de peste en particulier, sans interventions immédiates des autorités. Mais les mesures sanitaires appliquées après la déclaration ont été dures. On se souvient jusqu'à aujourd'hui de ces épisodes et des cruautés de l'intervention des services de santé. Plus qu'en ville les mesures ont été imposées et souvent exécutées par des étrangers ignorant tout, délibérément, des pratiques sociales devant la maladie et la mort. Création de lazarets avec internement forcé, incinération des cases avec tous les biens dont certains sacrés, enterrement des morts sans les rites prévus et en l'absence de la famille : tout cela par la main d'étrangers le plus souvent, ce qui n'était pas la manière la plus efficace pour une prévention ou une éducation efficaces. Ces épisodes restent gravés dans la mémoire des survivants qui, jusqu'à présent évoquent ces temps de malheur où l'on a tenté aussi de comprendre la maladie et de la soigner à l'aide des savoirs des thérapeutes traditionnels. L'opposition entre ces derniers, qualifiés péjorativement de « charlatans », et les agents de la politique sanitaire imposée lors des épidémies mériterait une longue analyse qui ferait sans doute ressortir beaucoup de présupposés idéologiques à l'œuvre dans toute l'entreprise de colonisation européenne.

Pendant les soixante années précédant les indépendances, les déséquilibres entre les grands centres urbains et les campagnes s'affirment : le présupposé implicite a été qu'à partir des villes la diffusion du progrès sanitaire allait s'effectuer - en grande partie par des médecins africains et des aides indigènes - comme la diffusion de tous les autres progrès, par l'intermédiaire des agents affectés ou envoyés en mission ponctuelle vers le milieu rural. On pensait également que des actions d'envergure, menées avec une participation minimale des populations, pourraient entraîner une éradication rapide de maladies comme le paludisme par exemple, la fièvre jaune ou la variole. Cependant certains problèmes de santé, en particulier celui des MST et de la tuberculose, ont été envisagés presque exclusivement dans les grandes villes où des mesures ont été prises et des centres de soins institués, sans que l'impact de ces maladies soit évalué et que des actions soient entreprises en milieu rural.

Durant les trente années d'indépendance, on a connu plusieurs phases dans les politiques et les stratégies sanitaires, qui ont été mises en œuvre dans les diverses parties du pays. Mais aujourd'hui, en dépit des efforts consentis et des succès obtenus, les constats invitent plutôt au désenchantement et « la santé pour tous en l'an 2000 » est déjà devenu un objectif inaccessible : fortes inégalités dans les recours aux soins et aux médicaments, déséquilibres maintenus entre grande ville et campagne, réduction trop partielle de la mortalité infantile et maternelle, insuffisances des tentatives d'information et d'éducation, qui n'ont pas réussi à convaincre les sociétés destinataires de l'efficacité et de la légitimité de la médecine « moderne ».

En somme, l'histoire invite à réfléchir et à comprendre pourquoi cette médecine n'est pas parvenue à imposer ses raisons et ses pratiques dans les villes et surtout dans les sociétés rurales, en reconnaissant avant tout les énormes lacunes de l'information et de l'éducation qui ont été trop peu pratiquées et auxquelles on a souvent préféré des solutions techniques imposées ou des méthodes contraignantes voire répressives à l'endroit des sociétés touchées par l'épidémie et le malheur.

Devant l'épidémie plus récente du sida, à laquelle le Sénégal est certes encore confronté de façon moins massive que d'autres pays africains, beaucoup de ces limites constatées dans une étude du passé restent constantes et actuelles. On a noté comme ailleurs des phénomènes de dénégation initiale, avec une sensibilité assez grande aux thèmes du débat sur l'apparition du sida et la réaction de l'Afrique devant le développement de l'épidémie. On doit s'interroger en particulier, à propos du problème de santé qu'est le sida, sur la simultanéité entre la définition d'une politique de lutte et de prévention contre cette maladie (soutenue par des moyens peut-être plus forts que ceux consacrés aux autres problèmes) et l'adoption d'une politique de population (également encouragée et soutenue par des organismes extérieurs). Les auteurs, les moyens et les objectifs de ces politiques méritent d'être connus et leurs motivations comparées. Devant le constat de certaines impuissances et les difficultés de mise en œuvre des méthodes proches ou similaires qui sont préconisées, un recours plus important à l'histoire et à la sociologie est souhaitable, pour mieux comprendre les raisons des échecs passés.

Les budgets et la législation

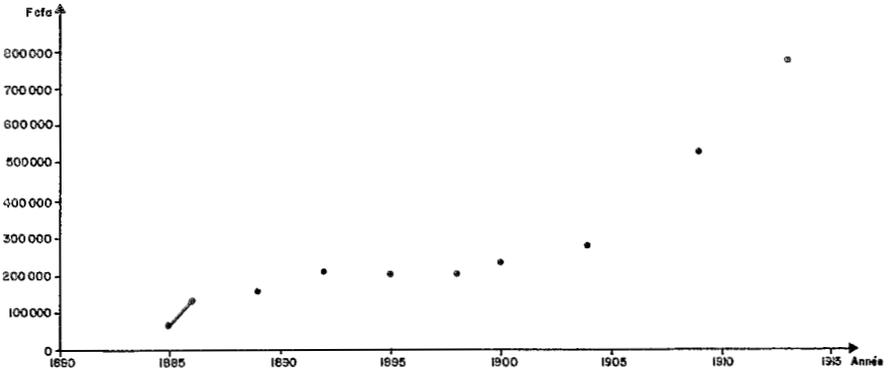
On peut évoquer deux thèmes particuliers concernant la gestion des épidémies du passé, à l'aide de quelques tableaux qui mériteraient des commentaires détaillés : celui de la mise en œuvre de la politique de santé par le biais des législations et celui des politiques budgétaires qui sont en chute impressionnante au cours des dernières années où les problèmes de santé sont en croissance tout aussi impressionnante.

Les budgets

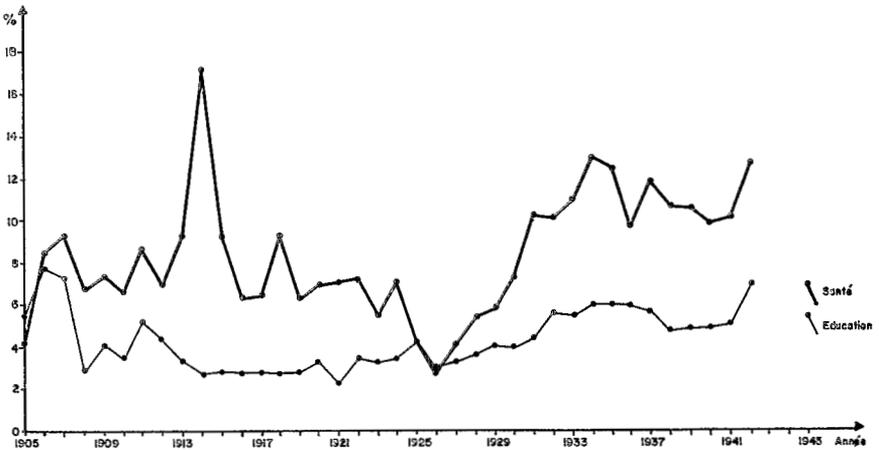
A propos des budgets², une analyse détaillée permet de mesurer les efforts tentés dans ce domaine, qui méritent cependant d'être relativisés et qui ne sauraient en aucune manière être qualifiés de suffisants. On peut distinguer plusieurs périodes où les choix budgétaires traduisent des options et des stratégies sanitaires, surtout lors de certaines épidémies où sont consentis des investissements très lourds (lors de la peste en 1914 en particulier).

2. Cette partie a été rédigée avec le concours de M. Sène qui a effectué les recherches archivistiques et en a fourni la première version.

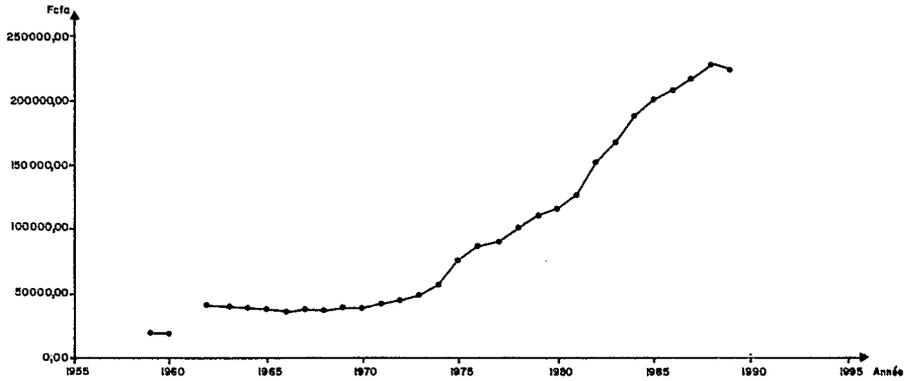
BUDGET DE LA SANTÉ SELON ANGÉLIQUE DIOP 1880-1915



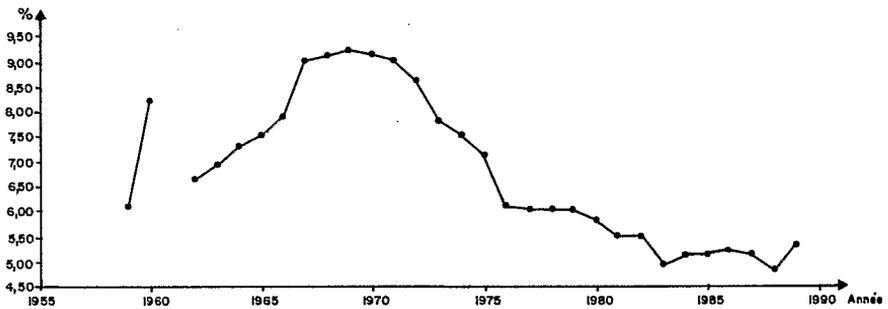
POURCENTAGE DE LA SANTÉ ET DE L'ÉDUCATION DANS LE BUDGET DU SÉNÉGAL ENTRE 1905 ET 1946



BUDGET DE LA SANTÉ AU SÉNÉGAL 1959-1989



POURCENTAGE DE LA SANTÉ DANS LE BUDGET TOTAL 1959-1989



1856-1877. Pendant toutes ces années de la conquête et de la pacification, on remarque la modicité ou l'insuffisance des moyens mis en œuvre pour la protection de la santé publique. En effet, il s'agissait de protéger les fonctionnaires et surtout les militaires en poste dans la colonie contre certaines maladies tropicales comme le paludisme ou la fièvre jaune.

L'essentiel des dépenses de santé et d'hygiène concerne les formations hospitalières de Saint-Louis, l'entretien de l'île de Ndar, les dépenses des indigents traités aux frais de la colonie, celles de l'hospice civil de Saint-Louis et enfin l'infirmerie et le lazaret de Gorée.

De 261 772,54 F en 1856, qui est d'ailleurs le chiffre le plus élevé sur un total général des dépenses de 618 900,00 F³ du budget de la colonie, en 1877 seulement 39 646 F sont consacrés à la santé surtout à l'approche de la grande épidémie de typhus amaril de 1878 et après celle très meurtrière de 1859.

1878-1900. La nomenclature des dépenses change; ainsi les sommes consenties pour la protection de la santé et de l'hygiène publique sont affectées de la façon suivante : assistance publique; services sanitaires et lazarets; hôpitaux.

Ce qui est remarquable, c'est la brusque augmentation des dépenses de santé qui atteignent rapidement 1 202 799,67 F en 1880 en passant de 84 057 en 1878 et 918 057 en 1879 à cette forte somme en 1880, pour revenir à 129 630,04⁴. Cette hausse suivie d'une baisse vertigineuse semble être due à un renflouement des dépenses d'assistance publique, mais aussi à la réalisation d'infrastructures pendant ces années.

Elles étaient de l'ordre de : 803 000,00 en 1878 ; 897 000,00 en 1879; 1 188 905,17 en 1880.

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, le budget de la santé connaît une augmentation continue, quoique assez légère, avec en particulier l'ouverture de crédits pour l'infirmerie du deuxième arrondissement à Dakar, pour les frais d'hospitalisation des fonctionnaires, pour les frais de médicaments dans les différents postes.

1901-1920. Cette époque est celle de la dualité budgétaire, c'est-à-dire de la juxtaposition des deux budgets du Sénégal : le budget des territoires d'Administration directe et celui des Pays de Protectorat. Pendant ce laps de temps, on note des tendances différentes du budget total de santé, c'est la prépondérance des dépenses du budget de santé des territoires d'Administration directe alors que celles des Pays de Protectorat sont réduites à la portion congrue.

Rien que pour l'année 1905, elles atteignent 438 518,04 F pour le premier budget et 73 320 pour le second. Cette tendance va être inversée à partir de l'année 1911 qui voit les dépenses sanitaires du second atteindre la somme de 338 610,38 contre 302 220,52 pour celui des territoires d'Administration directe.

L'augmentation du budget total de la santé est nette et a été surtout nécessitée par la création des services d'Assistance médicale indigène et d'Hygiène en 1904, avec comme rôle l'éradication des grands fléaux, la fièvre jaune, le paludisme, la variole mais surtout la peste, qui à partir de 1914, sera une affection meurtrière dans la colonie. La lutte menée contre cette endémo-épidémie va même susciter pendant l'année 1914 l'octroi d'une subvention de 1 195 051,73 F inscrite dans la rubrique des dépenses extraordinaires.

À partir de 1921, les deux budgets sont regroupés à nouveau en un seul et les dépenses sanitaires sont alors éclatées en dépenses de personnel et de matériel, et insérées dans les chapitres XII (Service d'intérêt social et économique, Personnel) et XIII (Service d'intérêt social et économique, Matériel).

Ne rentrent pas dans ces crédits, ceux consentis en 1913 pour la construction de l'Hôpital central indigène de Dakar parce qu'ils ont été pris en charge par le budget général de l'A.-O.F., de même que pour le fonctionnement du laboratoire de microbiologie (devenu par la suite le laboratoire de bactériologie et de zootechnie).

3. Budget local du Sénégal. Compte définitif des Recettes et Dépenses-Exercices 1856 à 1870.

4. Budget local du Sénégal C.D. des Recettes et Dépenses 1870 à 1880, 1894 à 1899. Dépenses de l'année 1881.

Pour l'Hôpital central indigène (devenu l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar), les sommes effectivement dépensées étaient de l'ordre de 66 360,22 F en personnel et 153 468,91 F en matériel alors qu'elles étaient arrêtées à 57 602,08 F en 1913 (en personnel seulement)⁵.

1921-1944. Malgré une augmentation considérable du budget de la santé et de l'hygiène, cette période est marquée par les répercussions de la vie politique et économique mondiale. De 2 127 150,19 F en 1921, les crédits de santé, d'hygiène et d'assistance médicale s'élèvent à 8 156 669 F en 1929, un an avant la grande crise économique mondiale.

En 1930, on note un fléchissement important des dépenses de santé malgré la création du budget annexe de l'hygiène publique et de l'assistance médicale indigène en juin 1929. De 4 420 121,18 en 1930, seulement 4 698 700,85 vont être dégagés en 1936 pour protéger la santé publique dans la colonie sur 83 703 083,24 de dépenses du budget total de la colonie. Cette situation est aussi confortée par la suppression en 1935 du budget annexe de l'hygiène publique et de l'assistance médicale.

De 1937 à 1942, les crédits alloués par la colonie du Sénégal à la santé s'établissent comme suit :

1937	13.110.969,58	1940	18.159.275,94
1938	15.475.057,93	1941	17.512.945,43
1939	16.064.735,62	1942	22.269.023,29

Cet accroissement des dépenses pourrait résulter des crédits alloués à la campagne de vaccination anti-amarile, des campagnes de lutte antipesteuse et également de l'ouverture de crédits nécessitée par la mise sur pied en janvier 1939 du service de la trypanosomiase (à un degré moindre dans la mesure où l'essentiel des dépenses est pris en charge par le budget fédéral à travers le Service général autonome de la Maladie du sommeil remplacé en 1944 par le Service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie).

Après l'intermède de la guerre marqué par une diminution sensible (1 156 399 en 1943 et 1 308 366,40 l'année suivante), des dépenses importantes vont être engagées pour une lutte plus coordonnée et plus efficace sous l'égide du Service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie (qui s'intéresse à la lutte contre la maladie du sommeil, le paludisme, la lèpre, la méningite cérébro-spinale) avec surtout les nombreuses subventions du budget général, du FIDES.

La disparition de ces aides ou subventions n'empêchera pas une augmentation du budget de santé qui est arrêté à 3 144 470 334 en 1961, au début de l'indépendance.

Il ressort de l'étude des budgets une meilleure connaissance de la politique de santé dans la colonie pour la période étudiée. Il faut ajouter que ce sont les apparitions nombreuses et répétées des différentes maladies (avec de fortes morbidités et mortalités) qui ont été souvent à l'origine des modifications constatées dans les dépenses de santé publique. Cependant, en comparant au budget total de la colonie, on peut suggérer un rapprochement éloquent : l'ensemble des dépenses effectuées dans le domaine de la santé publique et de l'hygiène arrivent loin derrière les crédits alloués à la construction de voies de chemins de fer.

La législation

L'établissement d'un recueil de textes législatifs et réglementaires relatifs à la santé au Sénégal⁶ a permis de noter les nombreuses liaisons (mais des liaisons non exclusives) entre les problèmes de santé et la mise en place de mesures administratives édictées sous des formes officielles.

5. Budget général de l'A.-O.F. Compte définitif/exercices 1913-1914.

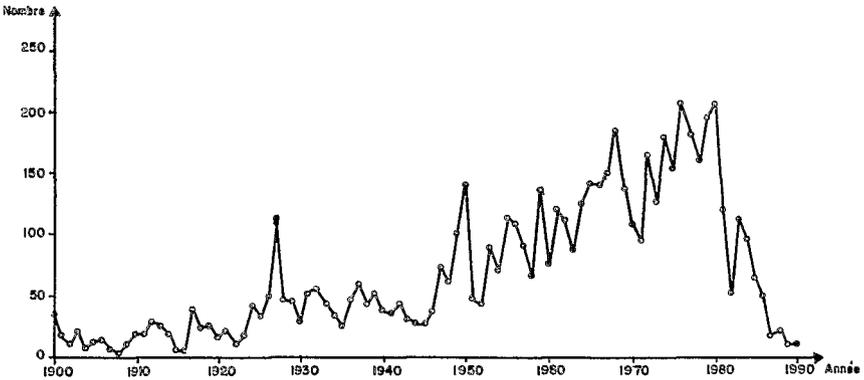
6. Un recueil a été préparé en collaboration avec René Collignon et fera l'objet d'une publication prochaine.

Nous ne pouvons commenter en détail le graphique consacré à ces textes, mais on peut faire remarquer les fluctuations importantes selon les années : elles ne s'expliquent pas uniquement par des raisons sanitaires et médicales immédiates (problèmes de santé précis pour lesquels on édicterait un texte administratif), mais aussi pour des motifs conjoncturels, sociaux ou politiques. Les documents législatifs sont donc toujours à situer dans leurs contextes sociaux, coloniaux (ou post-coloniaux).

Les pics observés avant la seconde guerre mondiale, donc les législations les plus anciennes, sont à mettre en relation avec des crises sanitaires. Ainsi en 1912 la fièvre jaune, en 1914 et surtout en 1917 la peste, en 1927 la fièvre jaune, en 1937 encore la peste expliquent une augmentation des mesures sanitaires. Elles comportent des mesures de surveillance, d'isolation, de quarantaine. Selon le degré de gravité supposé des épidémies, les régimes instaurés sont ceux du danger imminent, du danger proche, de la surveillance ou de l'observation sanitaire. Ces mesures méritent une réflexion. En effet, elles montrent la persistance parfois longue de peurs et de terreurs anciennes, et traduisent les représentations dominantes à propos de l'étiologie des maladies, de leurs modes de transmission et des possibilités de prévention. Cependant, le nombre d'actes législatifs ou réglementaires ne donne qu'une idée partielle, et un examen du contenu des actes permet de noter que les principaux textes ont été proposés dans des contextes ou au sortir d'épisodes de crise.

Par contre, les pics postérieurs à 1945 (1947, 1949-1950, 1955, 1959) sont significatifs de nouvelles conceptions en matière de santé et de soins, ainsi qu'à propos des modes de contamination. Si les déclarations d'infestation par la rage, de la péripneumonie ou de la peste bovine restent assez fréquentes, la multiplication des textes traduit surtout des mesures concernant les personnels (pharmaciens, infirmiers, médecins), les centres de santé, l'ouverture de cabinets médicaux, la création de dépôts de médicaments.

NOMBRE DE TEXTES LEGISLATIFS ET RÉGLEMENTS RÉPERTORIÉS
POUR LE SÉNÉGAL EN MATIÈRE DE SANTÉ. 1900-1990



Nous terminerons ce regard sur la gestion des problèmes de santé du passé, en mentionnant quelques thèmes qui mériteraient des développements considérables en raison de leur intérêt pour les questions actuelles dont celle de l'arrivée de l'épidémie nouvelle du sida et du regain de maux plus anciennement connus :

- les épidémies et leur connaissance par l'administration et par les agents médicaux : l'abondance et la précision, voire la profusion des renseignements épidémiologiques est remarquable. Depuis le milieu du XIX^e siècle on est surpris par la couverture des épidémies - celle du choléra en 1868-1869 en particulier, et celles de fièvre jaune. Au XX^e siècle, pour la peste surtout, mais aussi pour la fièvre jaune et la variole, les observations ont été assez méticuleuses.
- les politiques en matière d'efforts de recherche : elles mériteraient d'être étudiées de manière critique, en dehors d'une histoire hagiographique.
- les politiques en matière de prévention et d'hygiène publique : on a montré une assez grande sensibilité à la gestion de l'environnement surtout à une époque où les maladies étaient fortement associées à des environnements « malsains ».
- les politiques en matière de vaccination, avec la mise au point et l'expérimentation des vaccins, ainsi que la réalisation de grandes campagnes en milieu urbain et rural, dont les effets ont été indéniables mais pas forcément pérennes.
- les politiques en matière de formation et de mise en place des structures et des personnels de santé : des enquêtes auprès de « témoins » seraient à privilégier, auprès des médecins, des agents qui ont participé aux actions de santé, de tous les personnels des services d'hygiène et de prophylaxie.
- les politiques dans le domaine de l'éducation : des tentatives pour imposer des modèles de comportement et d'attitudes en matière de santé ont connu des succès mais aussi des échecs.
- les politiques des médecins et leur attitude par rapport aux formes non occidentales de soins. Des enquêtes récentes, réalisées par M. Echenberg dans une région très touchée par la peste, ont montré des souvenirs très vivants dans la mémoire populaire à propos des interventions sanitaires coloniales et du rejet fondamental des conceptions médicales autres. Des entretiens avec des thérapeutes pourraient également s'avérer très illustratives et montrer la prévalence d'attitudes de mépris.
- les effets démographiques des politiques de santé : l'exploration de ce champ a déjà permis d'avancer des hypothèses fondées sur les étapes de l'évolution des peuplements, la croissance urbaine et les inégalités fondamentales devant la maladie, dans les divers groupes sociaux.

Ces réflexions sur la gestion des épidémies et des maladies durant l'histoire mériteraient de longs développements. Elles permettent une mise en perspective des problèmes de santé actuels pour lesquels les enjeux sont aussi grands que par le passé, et où la société entière est confrontée, de manière peut-être plus massive, à des formes de maladie nouvelles, mais aussi semblables aux formes d'autrefois.

L'apparition du sida et ses conséquences sociales

Pour le Sénégal comme pour beaucoup de pays africains, l'apparition du sida survient en même temps que l'émergence de nouveaux problèmes de santé (bilharziose) et la résurgence de problèmes plus anciens (paludisme, qui s'étend sous des formes résistant à la quinine, choléra réapparu après une absence d'environ quatre-vingts ans, tuberculose). Par ailleurs, la constance d'autres problèmes, comme la malnutrition, les maladies diarrhéiques, et à un degré moindre les maladies sexuelles, est remarquable. Tout comme l'arrivée du sida, ces faits sont connus de manière très diverse par les acteurs sociaux et leur ampleur n'est pas perçue de manière uniforme. Un décalage parfois très important existe entre la prise de conscience par les « spécialistes » de la santé et par les divers groupes sociaux. De plus, dans le cas du sida, les réactions initiales, comme dans beaucoup d'autres pays africains, ont été la négation, l'occultation ou l'usage d'un discours minimisant l'existence et la gravité du mal. Les raisons de ces réactions ont été évoquées dans des études très pertinentes, mais qui restent à poursuivre et parfois à discuter (Fassin et Dozon, 1989; Dozon et Fassin, 1989; Bibeau, 1991; Le Blanc *et al.*, 1991; Caldwell *et al.*, 1992).

Les instruments juridiques et la prévention en Afrique

Deux méthodes générales, utilisables pour tous les pays d'Afrique noire, peuvent permettre d'apprécier la conscience du problème que représente le sida dans ces pays : suivre la mise en place d'instruments juridiques relatifs à l'infection VIH et au sida, ainsi que l'élaboration d'instruments éducatifs pour la prévention du sida. On a donc consulté les études publiées respectivement par l'OMS et par l'UNESCO, à propos des dispositions juridiques et des instruments éducatifs. Les résultats consignés dans les deux tableaux suivants (3 et 4) montrent à quel point le retard est grand à un moment où l'OMS annonce que les deux tiers des séropositifs vivent en Afrique subsaharienne.

A partir de ces deux indicateurs, on constate que la mise en place des comités de lutte a été assez lente et assez tardive et ne semble pas encore générale. Au Sénégal, la constitution d'un Comité (CNPS) date de 1986, mais il n'est vraiment mis en place que par un arrêté bien plus tardif d'octobre 1988. Signalons que la mise en place des structures de lutte et de prévention contre le sida s'est effectuée en même temps que celle des groupes d'études qui devaient définir et mettre en œuvre la déclaration de la politique de population.

Les autres mesures réglementaires sont encore rares, biens qu'elles peuvent être plus nombreuses qu'on ne le pense et restent parfois mal connues. Ainsi il existe diverses mesures non encore publiées au JO comme par exemple, au Sénégal, les textes relatifs à la constitution de commissions de la recherche, d'éthique, d'éducation-prévention, au sein du Comité de lutte contre le sida, ou la législation reconnaissant les associations qui s'intéressent entièrement ou partiellement à la lutte contre le sida. Ces associations constituent souvent des sections sénégalaises d'institutions concernant l'Afrique ou une partie du continent africain et l'énoncé de leurs objectifs comprend explicitement la référence à la lutte contre le sida. Citons ainsi la section nationale du Réseau africain de recherche sur le sida, de la SWAAA (Société des Femmes contre le sida en Afrique), l'ICASO : cellule sénégalaise regroupant des ONG engagées dans des actions de recherche ou de prévention du sida, la branche sénégalaise de l'ONG Enda-Tiers Monde, ainsi que des associations sénégalaises comme l'Association sénégalaise pour le Bien-Etre familial (ASBEF), l'Association des Jeunes Anti-sida (AJAS), des associations musulmanes (Jamra; Association des Imams), l'ONG « Environnement, santé, éducation » (ENSED)⁷.

**Tableau 3. Instruments juridiques relatifs à l'infection VIH et au sida.
Situation en mai 1991 pour divers pays africains**

Pays	Nombre total de textes juridiques	Textes relatifs aux Comités nationaux ou régionaux		Remarques
		Nombre	Dates	
Afrique du Sud	2			
Algérie	1	1	1989	
Burundi	1	1	1987	
Egypte	2	1	1986	
Guinée-Bissau	1			Déclaration obligatoire
Guinée Equatoriale	1	1	1988	
Libye	1			
Kenya	1			Déclaration obligatoire
Madagascar	1	1	1990	
Mozambique	1	1	1986	
Niger	4	4	1987-90	3 en 1987 et 1 en 1990
Sénégal	1	1	1990	

Source : OMS/GPA 1991.

7. A propos de ces associations, de leurs actions et de leur rôle dans les changements sociaux, on verra la présentation de S. Fall (1992 : 52-81).

Il est intéressant d'insister davantage qu'on ne l'a fait sur la concomitance, au Sénégal comme dans d'autres pays africains, de la définition d'une politique de « lutte anti-sida » avec la mise en place d'une politique de population (par qui ?), l'une et l'autre politiques suggérant des méthodes similaires (la promotion de l'usage des préservatifs). La législation s'est cependant limitée surtout à la constitution d'un Comité national (CNPS), avec quatre groupes (Epidémiologie, clinique-conseil, IEC, banque du sang), où la prévention est mise en avant. Cette politique est exposée dans le texte de l'arrêté ministériel instituant le comité, dont les activités sont présentées dans une publication récente et dont les objectifs sont énoncés sous forme de stratégies de lutte et de prévention (Ndoye, 1992).

Il est à noter que les débuts et la poursuite d'une croissance démographique rapide, avec les problèmes qui lui sont liés (urbanisation accélérée, maintien de forts taux de fécondité, recul de la mortalité) ont suscité des réflexions et des débats : là aussi on a senti la nécessité d'élaborer et de définir une politique, des stratégies et des structures qui sont proches de celles définies pour le sida. A l'occasion de réunions nombreuses les préoccupations des responsables de la politique de population et celles des responsables de la lutte contre le sida se rencontrent. Il ne s'agit donc pas d'un hasard si les politiques et les législations en matière de population et de prévention du sida sont proposées au même moment : cela traduit ici comme ailleurs en Afrique des prises de conscience internes, mais aussi des pressions extérieures qui sont liées en partie aux exigences de financement.

Tableau 4. Références sur l'Afrique répertoriées à propos de l'éducation pour la prévention du sida (UNESCO, 1991)

Pays	Nombre de références	Pays	Nombre de références
Afrique	29	Afrique subsaharienne	1
Afrique du Sud	1	Mozambique	1
Algérie	1	Nigeria	3
Burkina	1	Ouganda	25
Burundi	1	République centrafricaine	3
Cameroun	12	Rwanda	3
Cap-Vert	1	Sao-Tomé	1
Congo	1	Sénégal	2
Côte-d'Ivoire	1	Sierra Leone	4
Egypte	1	Swaziland	1
Ethiopie	2	Tanzanie	11
Ghana	3	Zaïre	17
Guinée	1	Zambie	11
Maroc	1	Zimbabwe	6

Total (non compris les références générales) : 120

(Le nombre total des références données dans cette bibliographie s'élève à 1471.)

Source : UNESCO, 1991.

Les déclarations de cas et la surveillance épidémiologique

La conscience et la mesure des problèmes actuels est prise lentement pour certains problèmes de santé, alors que pour d'autres l'urgence détermine des stratégies qui sont élaborées rapidement sans une réflexion suffisante sur les représentations existantes et sur les systèmes de soins en place. Si des politiques sont élaborées et adoptées, il reste beaucoup à faire pour sortir d'un discours politique, centré sur les interven-

tions de l'Etat ou des agents intervenant dans le domaine de la santé. Or devant le problème du sida, il devient nécessaire de définir plus et mieux les implications de tous les acteurs sociaux dans la gestion des problèmes de santé.

Au Sénégal, comme dans beaucoup de pays d'Afrique, les discours à propos de l'apparition et du développement de l'épidémie sur le continent africain ont été perçus négativement et ont suscité des formes de rejet, qui ont persisté et persistent encore dans les mentalités.

On peut rappeler les données sur l'épidémiologie à l'aide du tableau sur les cas de sida déclarés (ci-dessous) : du premier cas en janvier 1986, nous sommes passés à 848 cas en novembre 1992, et l'on doit être aujourd'hui près du millier de cas officiellement recensés. Cependant comme le soulignent les responsables du Comité national de lutte contre le sida, il ne s'agit là que de la face cachée de l'iceberg et l'on parle de 70 000 séropositifs, ce qui représente environ 1% de la population (pourcentage un peu supérieur aux pourcentages de la surveillance sentinelle).

Par ailleurs, de manière moins publique, le Comité de lutte contre le sida a mis en place la surveillance sentinelle demandée par l'OMS et l'on dispose d'un certain recul pour étudier les chiffres recueillis. C'est grâce aux indications recueillies auprès de six groupes qu'on tente de suivre au mieux l'évolution de la maladie et d'être attentif aux signes qui pourraient annoncer une accélération de l'épidémie. Cependant, de nombreuses autres études épidémiologiques, nécessaires, sont en cours au Sénégal, pour fournir des indications plus claires sur le progrès de l'épidémie.

Tableau 5. Cas de sida déclarés par le Sénégal de janvier 1986 à novembre 1992

Janvier 1986	1
Décembre 1986	6
Décembre 1987	66
Mai 1988	121
Juin 1988	131
Janvier 1989	181
Novembre 1989	269
Mars 1990	307
Mai 1990	361
Novembre 1990	425
Juillet 1991	552
Mai 1992	648
Novembre 1992	848

Cependant, il faut noter que, comme dans beaucoup d'autres pays africains, l'insistance sur les cas notifiés a été trompeuse. Elle a sans aucun doute laissé croire trop longtemps à la faible présence de l'épidémie et a constitué un obstacle à des politiques de prévention d'urgence.

L'apparition du sida vue à travers la presse

Un éclairage peut être fourni à partir d'une relecture de la presse, qui n'a commencé à parler du sida comme un problème qu'en 1986. On a donc rassemblé et l'on résume seulement ici les éléments d'un dossier sélectionnant des coupures de presse significatives depuis 1986. La relecture de ces pièces manifeste très fortement plusieurs faits qui traduisent certes des réactions similaires à celles enregistrées ailleurs en Afrique, mais aussi des préoccupations spécifiques sur lesquelles il est intéressant de réfléchir :

- les premiers cas sont considérés comme « importés ». Ensuite, il est régulièrement, mais brièvement fait état des cas déclarés.

- le déni de l'importance de l'épidémie par les « politiques »: la comparaison du sida et des autres maladies (paludisme) vient surtout de la part des politiques qui insistent sur les autres priorités. Chez les journalistes, les réactions sont souvent très négatives.
- le décalage est notable entre la participation extrêmement active des chercheurs sénégalais aux découvertes scientifiques (annonce en 1986 de la découverte d'un deuxième virus du sida non pathogène isolé au Sénégal) et la connaissance des gens, même des intellectuels qui ont encore du mal à croire à la gravité de l'épidémie en Afrique et surtout au Sénégal. Elle est illustrée en grande partie par l'abondance des comptes rendus des réunions scientifiques et les insistances sur la place de la recherche sénégalaise. Mais pour les données sur la gravité de l'épidémie on insiste sur la situation d'ailleurs, des pays du Nord d'abord, puis des autres pays africains.
- les interventions des responsables de la recherche qui sont aussi impliqués dans le Comité sont fortement mises en relief. On constate la place importante et l'implication très forte des scientifiques sénégalais responsables dans les actions de prévention dès 1986.
- les rares interrogations sur la place de la pharmacopée traditionnelle ont donné lieu à un bref débat, tournant autour du centre de K. Massar, et traduisant des oppositions anciennes, une curiosité des journalistes pour l'apport de la médecine traditionnelle et un rejet sans appel de la part de certains médecins.
- les séries d'articles sur la prévention, avec le concours du centre de formation et d'éducation à la santé, ainsi que de l'Enda (dont il faut signaler la publication régulière d'un bulletin consacré à l'information et à la prévention).
- les analyses d'intellectuels restent très rares (par exemple celle de Landing Savané), ce qui manifeste une certaine réticence à évoquer le thème et une faible appréciation de la situation du sida en Afrique.
- un écho est souvent fait à des manifestations réalisées par des associations ou dans les régions du Sénégal. On observe ici l'expression des stratégies préconisées par ces associations, qui proposent des solutions marquées par des normes morales et n'insistent guère sur l'utilisation du préservatif.

L'ensemble de ce dossier mérite une analyse détaillée, mais est assez significatif d'un retrait des journalistes qui ne se sentent pas fortement concernés, ainsi que d'un désintérêt du public et d'une prudence manifeste à évoquer certains thèmes relatifs au sida, à sa transmission et aux modes de prévention.

Nous n'avons pas évoqué la place des travaux de recherche - surtout épidémiologiques et cliniques, mais aussi dans le domaine des sciences sociales - qui sont très nombreux et qui représentent un aspect très important de la gestion de l'épidémie au Sénégal. Cependant la prise en compte des aspects sociaux et donc la réalisation d'études précises sur les pratiques, l'éducation, les législations demeure une urgence prioritaire et requiert une participation beaucoup plus active des chercheurs et d'acteurs sociaux encore trop absents.

Bibliographie

ARNOLD D. (ed.)

(1988) *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester-New York, Manchester UP, VIII-231 p (Index : pp. 226-231).

AUGE M. et HERZLICH C. (ed)

(1984) *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines.

BIBEAU G.

(1991) « L'Afrique, terre imaginaire du SIDA. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologies et sociétés*, 15(2-3), pp. 125-147.

BIBEAU G. et MURBACH R. (ed)

(1991) *L'univers du sida*, numéro spécial de *Anthropologies et sociétés*, 15(2-3), pp. 125-147.

CALDWELL J. C., CALDWELL P. and QUIGGIN P.

(1989) « The social context of AIDS in Sub-Saharan Africa », *Population and Development Review*, 15(2), pp. 185-234.

CALDWELL, J. C., ORUBULOYE, I. O. and CALDWELL P.

(1992) « Underreaction to AIDS in sub-Saharan Africa », *Soc. Sci. Med.*, 34(11), pp. 1169-1182.

COHEN W. B.

(1982) « Health and Colonialism in French Black Africa », dans J. VANSINA, C.H. PERROT *et al.* (ed), *Etudes africaines offertes à Henri Brunschwig*, EHESS, Paris, pp. 297-306.

COLLIGNON R. et BECKER C.

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

CROSBY A. W.

(1986) *Ecological Imperialism. The Biological Expansion of Europe, 900-1900*, Cambridge University Press, Cambridge, XIV-368 p.

CURTIN P. D.

(1961) « The White Man's Grave: Image and Reality, 1780-1850 », *Journal of British Studies*, 1, pp. 94-110.

(1968) « Epidemiology and the Slave Trade », *Political Science Quarterly*, 83(2), pp. 192-216.

(1983) « Nutrition in African History », *Journal of Interdisciplinary History*, XIV(2), pp. 371-382.

(1985) « Medical Knowledge and Urban Planning in Tropical Africa », *American Historical Review*, 90(3), pp. 594-613.

(1989) *Death by Migration. Europe's Encounter with the Tropical World in the Nineteenth Century*. Wisconsin Univ. Press, Madison, XIX-251 p.

DAWSON M.H.

(1987) « Health, nutrition, and population in central Kenya, 1890-1945 », dans D.D. CORDELL and J. GREGORY (eds), *African Population and Capitalism. Historical Perspectives*, Westview Press, Boulder, pp. 201-217.

(1988) « AIDS in Africa: Historical Roots », dans N. MILLER and R.C. ROCKWELL (eds), *AIDS in Africa: The Social and Policy Impact*, Edwin Mellen Press, Lewiston, Queenston, pp. 57-69.

DIOP A.

(1982) *Santé et colonisation au Sénégal. 1895-1914*, univ. de Paris I, 326 p. (+ annexes).

DOMERGUE-CLOAREC D.

(1986) *Politique coloniale française et réalités coloniales : la santé en Côte d'Ivoire, 1905-1958*, Académie des sciences d'outre-mer, Paris, 2 vol., XV-1320 p.

DOZON J-P.

(1985) « Quand les Pastoriers traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et Santé*, 3, pp. 27-56.

(1991) « D'un tombeau à l'autre », *Cahiers d'Etudes africaines*, 121-122, pp. 135-157.

(1986-1987) « A propos de l'ouvrage de Danielle Domergue-Cloarec : la santé en Côte d'Ivoire 1905-1958 », *Psychopathologie africaine*, XXI(2), pp. 211-217.

DOZON J-P. et FASSIN D.

(1989) « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique », *Sciences sociales et Santé*, 7(1), pp. 21-36.

ENGELHARD P. et SECK M.

(1989) « Comportements sexuels et contexte culturel. Une approche méthodologique de la prévention du sida », *Plurale*, 1(1), pp. 83-108.

FALL S.

(1992) *Les aspects du changement social induit par le SIDA à Dakar (Sénégal)*, univ. Montpellier 3 (Mémoire de maîtrise de Sociologie), 123 p.

FASSIN D. et DOZON J-P.

(1989) « Les Etats africains à l'épreuve du SIDA », *Politique africaine*, 32, pp. 79-85.

FEIERMAN S. and JANZEN J.M. (eds)

(1992) *The Social Bases of Health and Healing in Africa*, univ. California Press, 500 p.

FYFE C. and McMASTER D. (eds.)

(1977) *African Historical Demography* (vol. I), Centre of African Studies, Edinburgh, 471 p.

(1981) *African Historical Demography* (vol. II), Centre of African Studies, Edinburgh, 802 p.

GILMAN S. L.

(1989) *Disease and Representation. Images of Illness from Madness to AIDS*, Cornell Univ. Press, Ithaca N.Y., XV-320 p.

GOULET Denis et Othmar KEEL

(1991) « Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIX^e siècle », *Anthropologies et Sociétés*, 15(2-3), pp. 205-228.

GRMEK M.

(1989) *Histoire du SIDA. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Payot, Paris, 392 p.

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

(1978) *Disease in African History. An Introductory Survey and Case Studies*, Duke Univ. Press, Durham N.C., XIV-258 p.

(1984) *Schistosomiasis in Twentieth Century Africa: Historical Studies on West Africa and Sudan*, UCLA-Crossroads Press, Los Angeles, XI-101 p.

HERVOUET J-P.

(1990) *Le mythe des vallées dépeuplées par l'onchocercose : mais quelle mouche les a donc piqués ?*, Géos n° 18, Montpellier, 35 p.

(1992) « Les bases du mythe du dépeuplement des vallées soudaniennes par l'onchocercose », dans C. BLANC-PAMARD (ed.), *La santé en société : regards et remèdes*, ORSTOM, Paris, pp. 273-302.

(1992) « Environnement et grandes endémies : le poids des hommes », dans G. PONTIE et M. GAUDE (éd.), *L'environnement en Afrique*, n° spécial de *Afrique contemporaine*, 161, pp. 155-167.

KIPLE K. F. (ed.)

(1988) *The African Exchange: Toward a Biological History of Black People*, Duke Univ. Press, Durham N.C., VI-280 p.

LAPEYSSONIE

(1988) *La médecine coloniale. Mythes et réalités*, Seghers, Paris, 310 p.

LAST M. and CHAVLINDUKA G.L.(eds)

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

LE BLANC M.N., MEINTEL D. and PICHE V.

(1991) « The African Sexual System: Comment on Caldwell *et al.* », *Population and Development Review*, 17(3), pp. 497-505.

LEONARD J.

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

LYONS Maryinez

(1985) « Sleeping Sickness in the History of Northeast Congo (Zaire) » *Canadian Journal of African Studies*, 19, pp. 627-633.

(1988) « Sleeping sickness, colonial medicine and imperialism: some connections in the Belgian Congo », dans R. MACLEOD and M. LEWIS (eds), *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*, Routledge, London-New York, pp. 242-256.

(1988) « Sleeping sickness epidemics and public health in the Belgian Congo », dans D. ARNOLD (ed.), *Imperial Medicine and indigenous societies*, Manchester UP, Manchester-New York, pp. 105-124.

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

MACLEOD R. and LEWIS M. (eds)

(1988) *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*, Routledge & Kegan Paul, London-New York, XII-339 p.

MATHIS C.

(1946) *L'œuvre des Pastoriens en Afrique noire*, PUF, Paris, XI-580 p.

MAULITZ R. C.

(1992) « Reflections on Yellow Fever and AIDS », dans D. GOUREVITCH (ed.), *Maladie et maladies. Histoire et conceptualisation. Mélanges en l'honneur de Mirko Grmek*, Droz, Genève-Champion, Paris, pp. 375-378.

M'BOKOLO E.

(1982) « Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914 », *Cahiers d'Etudes africaines*, 85-86, pp. 13-46.

(1984) « Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique », dans M. AUGE et C. HERZLICH (ed), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Archives contemporaines, Paris, pp. 155-186.

MILLER Joseph C.

(1988) « Overcrowded and undernourished: the techniques and consequences of tight-packing in the Portuguese Southern Atlantic slave trade », dans S. DAGET (ed.), *De la traite à l'esclavage du XVIII^e au XIX^e siècle*, CRHMA-SFHOM, Nantes-Paris, pp. 395-424.

(1990) *Way of Death*, James Currey, London, 796 p.

MILLER N. and ROCKWELL R.C.(eds)

(1988) *AIDS in Africa: The Social and Policy Impact*, Edwin Mellen Press, Lewiston, Queenston, XXXI-336 p.

NDOYE I.

- (1992) « Ampleur et stratégies de lutte contre les MST et le sida au Sénégal », dans *Priorités et stratégies en santé de la reproduction. Une contribution aux politiques de santé et de population au Sénégal*, Réseau de recherche en santé de la reproduction (Population Council/Foundation Ford), Dakar, 56 p.

OMS

- (1991) *Tableau des instruments juridiques relatifs à l'infection par HIV et au SIDA. Partie 1. Pays et circonscriptions, y compris les Etats-Unis d'Amérique (à l'exception de la législation des Etats)*, OMS/GPA, Genève, 165 p.

PACKARD R. M.

- (1986) « Agricultural Development, Migrant Labor and the Resurgence of Malaria in Swaziland », *Soc. Sci. Med.*, 22, pp. 861-867.
- (1989) *White Plague, Black Labor. Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*, univ. California Press, Berkeley, XXII-389 p.

PATTERSON K. D.

- (1981) *Health in Colonial Ghana: Disease, Medicine and Socioeconomic Change. 1900-1955*, Crossroads Press, Waltham.
- (1979) *Infectious Diseases in Twentieth-Century Africa: A Bibliography of their Distribution and Consequences*, Crossroads Press, Waltham, XIII-251 p.

PICHERAL H. et SALEM G.

- (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.

PLUCHON P. (ed.)

- (1985) *Histoire des médecins et pharmaciens de Marine et des Colonies*, Privat, Toulouse, 430 p.

Politique africaine

- (1987) *Politiques de santé*, numéro spécial de *Politique africaine*, 28, pp. 20-95.

Plurale

- (1989) *Sida en Afrique*, numéro spécial de *Plurale*, 1(1), 224 p.

REPUBLIQUE DU SENEGAL, ministère du Plan et de la Coopération

- (1989) *La Société sénégalaise face au SIDA. Rapport de synthèse*, Direction des Affaires scientifiques et techniques, Dakar, 80 p. multigr. (+ annexes).

SABBEN-CLARE E. E., BRADLEY D. J. and KIRKWOODK. (eds)

- (1980) *Health in Tropical Africa during the Colonial Period* (based on the Proceedings of a Symposium held at New College, Oxford, 21-23 March 1977), Clarendon Press, Oxford, IX-276 p.

SANKALE M.

- (1969) *Médecins et action sanitaire en Afrique noire*, Présence africaine, Paris, 436 p.

SARR L.

- (1992) *La consommation des drogues chez les jeunes de 15 à 25 ans à Dakar. Pour quelle stratégie de prévention ?*, univ. Aix-Marseille II, Fac. Sc. Econ., pag. mult. (Maîtrise Admin. écon. et sociale).

Sciences sociales et Santé

- (1989) *Sociétés à l'épreuve du SIDA*, numéro spécial de *Sciences sociales et Santé*, VII(1), 168 p.

SYLLA O. (coord.)

(1991) *Guide de counseling VIH/SIDA*, Réseau de recherche en santé de la reproduction (Population Council/Foundation Ford), Dakar, 56 p.

UNESCO

(1991) *Education pour la prévention du SIDA. Bibliographie*, UNESCO, Paris, 184 p. (+ annexes).

VAUGHAN M.

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