

D.C.

- Richards, J.C. 1979 "Social Factors, Interlanguage and Language Learning." In J.B. Pride (ed.) op. cit.
- Smith, L.E. (ed.) 1981. English For Cross-Cultural communication. St. Martin's Press; New York.

————— (ed.) 1983 Readings in English as an International Language. Pergamon Press. Oxford; New York.

————— 1983. "Some Distinctive Features of EFL VS ESOL in English Language Education." In Smith, L.E. (ed.) op. cit.

————— 1983 "English as an International Auxiliary language." in L.E. Smith (ed.) op. cit.

- Spencer, J. 1971 – The English Language in West Africa, Longman, London.

- Strevens, P. 1969 "English in African Education :What Kind of English ?" in R. Jolly (ed.) 1969. English in African Education : Research and Action. East African Publ. House, Nairobi.

————— 1981 Teaching Language as an International Language . From Practice to Principle. Pergamon Press, Oxford, New York. (esp. Chap. 7 "When Is a Localized Form of English a Suitable Model for Teaching Purposes?")

- Todd, I. 1982. "the English Language in West Africa" in R.W.

Bailey & Gorfach – English As a World Language. The University of Michigan Press: Ann Arbor.

- Tottie, G. 1977 "Variation, Acceptability and the Advanced

Foreign Learner: Towards a Sociolinguistics without a Social Context" in S. Greenbaum (ed.) Acceptability in Language. Mouton Publishers, The Hague: Paris.

- Tregidgo, P. 1987. "Speakers of West African Languages".

In M. Swan & B.Smith (ed.) Learner English. Cambridge University Press. Cambridge: New York.

Wong, F. 1982 – "Native-Speaker English for the Third World Today ?" in J.B. Pride (ed.), 1982 op. cit.

LA SANTE EN AFRIQUE NOIRE : DE 1887 - 1960

Benjamin Kokou ALONOU
Département d'histoire et d'archéologie
Université de Lomé
TOGO

« Si la population ne croit pas, tout le programme qui a été élaboré ne peut se réaliser qu'avec une extrême lenteur ». Ainsi s'exprimait en 1923, Albert Sarraut, ministre des colonies, reconnaissant la nécessité absolue pour la France de pratiquer en Afrique une politique volontariste de santé afin d'accroître la population africaine. Cette volonté se traduira dans l'assistance médicale que la France mit en place dans ses colonies pour leur mise en valeur. En effet, le développement économique passant nécessairement par l'augmentation de la population, gage d'une main-d'œuvre abondante, la France se devait d'instituer une politique de santé afin de lutter « contre les principales causes de dépeuplement et de déchéance des races indigènes » (Bauche 1991 : 238).

Quelles sont les principales phases de cette assistance médicale ? Sur quels types d'endémies reconnues graves s'est-elle portée ? Quels sont les résultats obtenus ?

Telles sont les questions auxquelles nous essayerons de répondre à travers notre texte qui se basera sur la prophylaxie de la maladie du sommeil comme exemple.

I- Les origines de l'assistance médicale

L'assistance médicale a été créée en Afrique d'abord pour s'occuper de la santé des troupes militaires et ensuite pour préserver celle des autochtones et des civiles européens. En effet, au début de la pénétration européenne, dès qu'un poste militaire est installé, le médecin militaire de la garnison veillait sur la santé des Européens et des Africains. L'hôpital européen fut en fait l'une des pièces maîtresse des troupes coloniales. Il avait dès le début pour mission principale la protection de la santé des membres du corps expéditionnaire pour qu'ils puissent mener à bien leur travail. L'objectif principal de l'hôpital fut de promouvoir la réussite de la conquête coloniale en préservant la santé des troupes qui sillonnèrent l'Afrique. Mais progressivement, l'hôpital militaire étendra sa mission pour s'occuper de plus en plus des Africains et des civiles européens (Taiglahou 1986 : 345).

En effet, l'assistance médicale eut pour rôle de combattre d'une part la mortalité infantile en diffusant les connaissances élémentaires indispensables touchant les conditions d'accouchement et les soins à donner aux nouveau-nés, et

de l'autre la mortalité frappant indistinctement enfants, adultes et vieillards du fait des épidémies et maladies endémiques (Sarraud 1923 : 395-96).

1- L'organisation des services médicaux

Les services d'assistance médicale indigène furent créés dès la mise en place des administrations générales : en Afrique occidentale française en 1905, en Afrique équatoriale française en 1908 (Bauche 1991 : 242).

En effet, l'arrêté du 05 Janvier 1905 crée les services municipaux d'hygiène en Afrique occidentale française, et institue les mesures nécessaires pour assurer la salubrité des maisons et des villes. Cette salubrité se traduira dans l'enlèvement des ordures ménagères, la propreté des rues, la construction et l'entretien des caniveaux et des égouts.

Dans chaque colonie de l'A.O.F., un comité d'hygiène et de salubrité étudiait les mesures d'ordre général intéressant l'ensemble de la colonie. Un comité supérieur assistait le gouverneur général pour la préparation des réglementations de principes exigés pour la protection de la santé publique. Le fonctionnement des services sanitaires et médicaux de la colonie était confié aux médecin-inspecteur, directeur du service de santé des troupes, qui résidait à Dakar. Dans les circonscriptions administratives secondaires, des commissions d'hygiène étaient instituées par le gouverneur général.

Les premiers postes d'assistance médicale furent créés en 1887 dans l'île de Gorée, au large de Dakar, et à Ségou-Sikoro dans la boucle du Niger. Dans les grandes villes, les formations hospitalières s'équipèrent progressivement. L'hôpital-hospice de Dakar, fondé en 1872 par les chirurgiens formés à l'Ecole de Chirurgie navale de Rochefort, a été remplacé par un grand hôpital colonial.

Pour la seule circonscription de Dakar, trente-deux formations sanitaires étaient en fonctionnement en 1939. la même progression s'observait dans les chefs lieux des six autres colonies dont l'ensemble fédéré constituait l'A.O.F. et dans ceux des quatre colonies d'A.E.F. Les territoires sous mandat du Cameroun et du Togo suivaient une évolution analogue.

En Afrique équatoriale française, à la tête du service

de santé, se trouvait un médecin-inspecteur ou principal des troupes coloniales, résidant à Brazzaville, qui avait sous son autorité l'ensemble des services de santé militaires et d'assistance médicale indigène.

L'implantation médicale française se fit plus lentement et avec plus de peine, du fait des communications difficiles avec l'intérieur, à travers la grande forêt tropicale. Des postes médicaux furent créés à Brazzaville, et Libreville, en 1889. Ces postes furent créés aux carrefours des pistes, au bord des fleuves où les conditions géographiques et démographiques, permirent à une population relativement nombreuse de vivre à l'ombre du drapeau français (Dr Lapeyssonnie 1972 : 23).

En 1923, dix secteurs de prophylaxie furent organisés : trois au Gabon, trois au Congo, trois dans l'Oubangui-chari, un au Tchad. L'organisation et le fonctionnement de ces secteurs correspondait aux notions acquises sur l'étiologie et la transmission de la trypanosomiase (Sarraud 1923 : 284).

Au Togo, l'arrêté du 11 Août 1921 réglementait le fonctionnement des services médicaux, la police sanitaire, l'hygiène et la salubrité publique, l'assistance médicale, les mesures de prophylaxie contre les maladies contagieuses, endémiques et épidémiques.

Au Cameroun, la direction des services sanitaires et médicaux était confiée à un médecin principal des troupes coloniales. Un hôpital du service général existait à Douala, avec un dispensaire pour les indigènes à Akwa, un laboratoire de recherches bactériologiques intéressant la pathologie du pays et un institut vaccinogène. Un centre de recherches et de traitement pour la trypanosomiase était établi à Akonolinga. D'autres fonctions sanitaires étaient installées dans les ports principaux ou secondaires (Sarraud 1923 : 284).

Le système de santé mis en place était calqué sur les structures sanitaires qui existaient en France et dans lesquelles l'hôpital représentait l'instrument nécessaire d'une politique de santé basée sur la consultation externe suivie ou non d'hospitalisation. Plus on était proche du chef-lieu plus l'image de cet hôpital colonial était voisine de celle de son homologue métropolitain avec ses divers services de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, etc.

Malheureusement, ce schéma ne pouvait convenir à la réalité de cette époque, pas plus d'ailleurs qu'à celle de l'Afrique d'aujourd'hui. Cette politique sanitaire, basée

sur des formations fixes plus ou moins élaborées, se heurtait en effet à des contraintes de natures diverses². C'est pourquoi, parallèlement à l'organisation progressive d'une assistance médicale basée sur les formations fixes, allait naître une forme d'action sanitaire appelée « médecine de l'avant », ou « médecine dynamique », en vue de porter le combat au cœur même du foyer endémique. C'est dans cette optique que Ali Ben Issa écrivait : « j'ai pensé que les campagnes doivent avoir, elles aussi, des malades manquant de médecins pour les soigner. Il faut donc leur envoyer une ample provision de médicaments, qu'ils séjournent dans chaque localité le temps nécessaire et qu'ils se transportent partout » (Dr Lapeyssonnie 1972 : 1). Le besoin en personnel s'imposait donc une extension de l'assistance médicale.

2- Le personnel de santé

La présence de médecins militaires du service de santé des troupes coloniales employés à des tâches d'assistance médicale civile s'explique par trois raisons : la continuité insensible qui avait fait des médecins des colonies de la conquête des médecins des postes militaires, puis ceux des cercles et le fait qu'en dehors des médecins militaires, le recrutement de praticiens dans le civil s'avère difficile devant les conditions de vie et d'emploi qui, sur le plan matériel tout au moins, n'étaient pas celles d'aujourd'hui.

En 1913, le Gouverneur général avait créé à Dakar un hôpital central indigène devenu en 1918 l'hôpital d'instruction pour l'Ecole de Médecine. Cette Ecole allait satisfaire aux besoins en personnel auxiliaire pour le fonctionnement des services médicaux³.

En 1923, le personnel chargé d'assurer les services d'hygiène et de prophylaxie en Afrique Occidentale comprenait 38 médecins européens de l'assistance médicale indigène, 61 médecins-majors de troupes coloniales, 66 aides-médecins, 57 infirmiers vaccinateurs, 15 sages-femmes, 250 gardes ou surveillants d'hygiène (Sarraut 1923 : 280). En 1938, cent quatre vingt (180) médecins en A.O.F., une soixantaine (60) en A.E.F. exerçaient dans les services médicaux. Quant au personnel africain spécialisé, il était encore rare. En 1940, 186 médecins auxiliaires formés à Dakar étaient employés dans l'assistance médicale indigène (Coquery-vidrovitch 1984 : 186-187).

Ce personnel, bien qu'encore insuffisant, examina près de quatre millions d'individus, soit environ le cinquième

de la population (en 1938). Les soins en campagne étaient mieux assurés par les équipes mobiles qui soignent d'abord les trypanosomés, puis les varioleux, les lépreux et paludéens et ensuite les syphilitiques.

II- L'action sanitaire : la prophylaxie de la maladie du sommeil

La trypanosomiase humaine africaine était connue et redoutée de longue date. Entre 1901 et 1910, on découvre à la fois ses agents pathogènes : *Trypanosoma gambiense* et *Trypanosoma rhodesiense*, ses vecteurs : les glossines couramment appelées mouches tsé-tsé et un médicament très actif dans les premiers stades de la maladie, l'atoxyl⁴. Tout était donc prêt pour la lutte. Mais il manquait la doctrine à adopter.

La comparaison des deux textes suivants montre la nécessité de la mise en œuvre d'une doctrine nouvelle de lutte contre les maladies sociales de l'Afrique. En 1913 le Dr Jamot écrivait : « Au chef-lieu, les indigènes contaminés sont soumis à une surveillance constante ; ceux qui jouissent d'une santé robuste pour assurer par eux-mêmes leur existence viennent se faire examiner toutes les semaines à l'Institut Pasteur (de Brazzaville) qui, pendant les années 1912 et 1913, a pratiqué 13 320 injections d'atoxyl. Les sommeilleux plus atteints sont hospitalisés ».

En 1915, Jamot, évoquant les limites de la médecine statistique écrit : « Nous avons pu, en moins de deux ans, visiter tous les villages à des exceptions près d'un territoire ayant une superficie de plus de 100 000 km² (Oubangui-chari). Nous y avons examiné et manipulé un par un 89 743 habitants, parmi lesquels 5 347 ont été reconnus trypanosomés. Tous les foyers épidémiques rencontrés, et nous en avons rencontré d'extrêmement violents, ont été maîtrisés ».

Ces résultats montrent qu'il est possible de spéculer sur la collaboration de l'élément indigène pour organiser avec un personnel médical européen restreint une lutte méthodique contre la maladie du sommeil. Cette doctrine a été proposée et mise en œuvre par Jamot.

1- La doctrine Jamot

La méthode de Jamot consistait « à aller au devant du malade » et ne plus attendre qu'il vienne lui-même se présenter au médecin. Jamot fit appel à une vertu militaire essentielle, l'offensive : on ne doit pas attendre passivement les coups que la maladie inflige à la population, mais au contraire porter le combat au cœur même du foyer épidémique.

Pour réaliser cette directive générale d'action sanitaire, Jamot élabora de grands principes qui avaient soutenu les efforts des équipes de lutte contre la maladie du sommeil.

Les équipes mobiles doivent atteindre les villages les plus reculés de la brousse ou de la forêt, réalisant la couverture géographique totale de la région. L'action médicale, pour atteindre cet objectif, doit se ramifier comme les branches d'un arbre.. Les équipes, utilisant tous les moyens de transport, y compris la progression à pied, pénètrent de plus en plus profondément dans l'hinterland rural. Elles assument les fonctions essentielles de dépistage, de traitement, de vaccination et de chimioprophylaxie. En effet, l'ensemble de la population soumise au risque était périodiquement examiné.

Les malades porteurs de germes étaient dépistés et traités. Devant la dispersion géographique des tâches, le médecin ne peut assumer à lui seul tous les gestes diagnostiques, thérapeutiques et prophylactiques nécessaires. Il doit donc en déléguer une partie à des auxiliaires qui vont en quelque sorte multiplier, diversifier et étendre son action.

Ainsi écrivait en 1926 Jamot : « les indigènes du Congo, comme ceux de toutes nos colonies où sévit l'endémio-épidémique (de la trypanosomiase) sont en effet, capables, même s'ils sont illettrés, d'acquérir très rapidement une certaine habileté pour toutes les manipulations que nécessitent le diagnostic microscopique et le traitement de la trypanosomiase humaine » (Dr Lapeyssonnie 1972 : 39).

« Toutefois, leur manque d'instruction générale nous interdit momentanément de compter sur leur esprit d'initiative et nous oblige à surveiller tous leurs actes de très près, mais sous cette réserve, ce sont des collaborateurs très précieux¹⁶ » (Dr Lapeyssonnie 1972 : 40).

La lutte contre les grandes endémies africaines fut donc organisée sur ces bases. En 1926, la Mission Permanente de la lutte contre la maladie du sommeil au Cameroun est née ; en 1927, l'A.E.F. crée un service spécial de la trypanosomiase. En A.O.F. devant les résultats médiocres des Groupes de Prophylaxie de la maladie du sommeil, pauvres en personnel et en moyens et surtout inféodés à l'assistance médicale⁷ on finit par adopter les recommandations que Jamot avait faites en 1935³⁸ : le service général autonome de la maladie du sommeil en A.O.F et au Togo est créé le 20 janvier 1939. Il comprenait vingt-sept secteurs spéciaux, sa direction est établie à Bobo-Dioulasso.

En 1935, 67 549 trypanosomés furent dépistés en A.O.F. et au Togo. La maladie du sommeil perdait chaque année du terrain : 27 000 cas en 1940, 10 000 en 1950, 3 800 en 1960. Devant le succès de la méthode Jamot en A.E.F. au Cameroun et en A.O.F, on ouvre dès 1945 d'autres domaines aux services de médecine mobile : les vaccinations antivarioliques, les campagnes de masse contre le paludisme et les tréponématoses (pian, syphilis).

En effet les équipes furent entraînées à pratiquer le dépistage et le traitement des malades et des porteurs de germe au cours du même rassemblement des populations. Le service général autonome de la maladie du sommeil, puis le service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, furent créés pour remédier à une insuffisance des moyens dans le domaine de l'action rurale de l'assistance médicale indigène. Les équipes dudit service furent aussi chargées de vaccinations en zone rurale.

L'originalité du service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, son dynamisme, furent concrétisés par l'unité de direction et par l'autonomie financière et administrative qui, seules permirent des réalisations rapides et progressives, car elles autorisent : l'unité d'action technique à l'échelon fédéral, une plus grande latitude dans l'utilisation des crédits inscrits au budget de ce service qui avait l'avantage d'être fédéral et une grande rapidité des formalités d'engagement des dépenses, la libre disposition d'un secteur à l'autre et dans la totalité de la fédération du matériel en charge.

En 1957, l'application de la loi cadre morcela ces services fédéraux de l'A.O.F. et de l'A.E.F. en autant de fragments qu'il y avait de colonies. Au moment des indépendances, chaque Etat disposait ainsi d'un service général d'hygiène mobile et de prophylaxie⁹ existant sur son territoire.

Le médecin général Richet a saisi le danger de cette balkanisation sanitaire et a convaincu les ministres des jeunes Etats que la maladie risquait de ne reconnaître les nouvelles frontières, le plus souvent de caractère plus politique que naturel et parfaitement perméables aux mouvements de population.

A la suite de ces efforts, un organisme multinational était créé, qui unissait les anciennes colonies de l'A.O.F. et le Togo pour une défense sanitaire commune : en 1960, l'Organisation de Coordination et de Coopération de la lutte contre les Grandes Endémies (O.C.C.G.E) voyait le jour. Son siège était établi à Bobo-Dioulasso ; les centres de recherche et de formation du personnel préexistant ou

nouvellement créés, qu'il aurait été difficile à chaque Etat d'entretenir à lui seul et pour lui seul, y étaient rattachés¹⁰.

Au total, « au moment où les Etats accèdent à l'indépendance et prennent en charge leur santé publique, la France laissait sur les territoires où elle avait exercé son influence plus de 4 000 formations sanitaires, dont 2 500 dispensaires, 216 hôpitaux, 360 maternités » (Bauche 1991 : 241).

La trypanosomiase humaine, à l'exception de quelques foyers résiduels, était partout en régression : de 12 % en 1940, la contamination est tombée à 0.13 % de la population en 1970 (Dr Lapeyssonnie 1972 : 41). Malgré l'insuffisance de personnel, de crédit, et l'inefficacité des premiers médicaments utilisés, l'œuvre accomplie a été remarquable.

Puissent les Etats africains se rallier à l'opinion du médecin général Sanner qui écrivait en 1958 : « Aussi, n'est-ce pas le moindre mérite des services sanitaires français que d'avoir résisté à l'attrait de l'ostentation pour s'attaquer, si vaste que pût apparaître la tâche, au fond du problème. De cette opinion délibérée pour un chemin difficile procède un mode d'action sanitaire qui a trouvé son expression dans les services d'hygiène mobile et de prophylaxie » (Dr Lapeyssonnie 1972 : 44).

Mais il faut reconnaître que la mise en œuvre de la doctrine Jamot et son fonctionnement n'avaient pas du tout été faciles. Ils connurent une résistance administrative et financière.

En effet, la plupart des médecins qui, en raison de leur grade furent appelés à diriger les services de santé des colonies, ne furent pas préparés au rôle qu'on leur demandait de jouer dans la lutte contre la maladie du sommeil. Les directions locales de la santé publique qui dirigeaient des organismes médicaux à responsabilité limitée, compromettaient le fonctionnement des services qui avaient une responsabilité médicale fédérale (exemple des équipes mobiles de prophylaxie de la maladie du sommeil). « On estime que la trypanosomiase humaine est une maladie comme les autres et qu'elle peut et doit être combattue comme les autres, par les médecins de l'assistance médicale indigène, sous l'autorité des chefs locaux du service de santé » (Dr Lapeyssonnie 1987 : 146).

Pour ces raisons, le Gouverneur Boyé supprima en 1932

le service de prophylaxie de la maladie du sommeil en A.O.F. et le rattacha à l'assistance médicale indigène. Quant au Gouverneur Reste, il écrit : « pour soi-disant combattre la maladie du sommeil, les médecins ont fait en A.E.F. et au Cameroun un Etat dans Etat. Il ne recommenceront pas ici (A.O.F.). La maladie du sommeil n'est pas un danger. D'ailleurs ce n'est pas la tsé-tsé qui la transmet. On ne fait pas tant d'histoires en France pour la tuberculose » (Dr Lapeyssonnie 1987 : 152).

Au point de vue financier, l'autonomie de la doctrine Jamot se justifiait par l'incompréhension et la veulerie de certains médecins qui n'avaient pas su voir le problème prophylactique dans sa tragique réalité. C'est ainsi qu'en 1933, sur 950 000 francs¹¹ inscrits dans le budget local de la côte d'Ivoire pour la prophylaxie de la trypanosomiase, Reste avait réussi à en économiser 600 000 francs. Mais le Gouverneur Reste n'avait pas signé la nomination des infirmiers et dépensé 10 000 francs par mois. Ainsi près d'un million de matériel et de médicaments restèrent inutilisés. Aucune tournée ne fut entreprise faute d'essence. Pendant ce temps stérile, la population mourrait en brousse (Dr Lapeyssonnie 1987 : 153). Cette opposition à l'action de Jamot était l'amorce d'une des situations administratives confuses propices aux palabres personnelles et aux conflits d'autorité. Jamot en fit la triste expérience¹².

Conclusion

Les médecins coloniaux firent des expériences sur les malades africains avec des médicaments qui empoisonnaient le corps. Mais la prophylaxie des maladies tropicales entraîna une révolution scientifique. A la description des maladies exotiques aussi confuse, succéda une attitude raisonnée, grâce au génie de Louis Pasteur : à telle maladie correspondait tel microbe. Pour beaucoup d'entre elles, on pouvait préparer vaccins et sérums. Pour certaines on commençait à découvrir des médicaments chimiques pour détruire le germe malfaisant à l'intérieur de l'organisme des hommes et aussi des animaux.

SOURCES D'ARCHIVES ET BIBLIOGRAPHIE

I- Documents d'archives

1- France (AIX-EN-PROVENCE ET AIX-MARSEILLE : A.N.S.O.M., A.N.PHARO)

Rapport de M. Viala, Directeur de service de santé au Togo sur la trypanosomiase, 1929

Rapport annuel 1939 du service général autonome de la maladie du sommeil
 Rapports annuels 1940 - 1944 du service général autonome de la maladie du sommeil.

A. N. PHARO : Fonds Richet , rapport d'inspection et d'organisation des régions contaminées par la maladie du sommeil en A.O.F et au Togo

2- TOGO (ARCHIVES NATIONALES DU TOGO : A.N.T ,LOME)

2 APA, dossier 37 : Cercle de Sokodé, service de la trypanosomiase, 1944-1945

2 APA, dossier 98: Cercle de Mango, lutte contre la trypanosomiase, 1937.

1H, dossier 6 : Service de santé. L'hygiène et l'A.M.I dans les territoires du Togo placés sous mandat de la S.D.N.

1H, dossier 23 : Direction de la santé: rapport sur la mission des médecins échangistes au Togo, 1926.

1H, dossier 28 : Direction de la santé, cercle de Sokodé, lutte contre la maladie du sommeil.

II- Bibliographie

1- Articles

BOUET, G et ROUBAUD, G, 1912 : «Expérience divers de transmission par les glossines» in : Bulletin de société de pathologie exotique, T.V, pp 204 -211

HERIVAUX, M, 1928 : "Un foyer de trypanosomiase humaine au Togo", in Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales, T XXVI , vol 9, pp. 127-141.

JAMOT, E, 1929 : "La maladie du sommeil au Cameroun en janvier 1929", in Bulletin de la Société de la pathologie exotique, N° 6

KERMORGANT, 1904 : "Enquête de la maladie du sommeil dans le gouvernement de l'A.O.F.", in Annales d'Hygiène et de Médecine coloniale, T VII, pp. 274-284.

LAPEYSSONNIE, L, 1954 : «Les réactions non spécifiques des protides et le benjoin colloïdal dans le L.C.R des trypanosomés et des suspects de trypanosomiase» in Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, V 47, N° 2.

LAPEYSSONNIE, L, 1972 : «Origines de l'assistance médicale in revue historique de l'armée, N° 1, pp. 2-5.

LEGALL, R, 1941 : «Rapport sur la trypanosomiase : territoire sous mandat in Togo» in : Médecine tropicale, pp. 743-746.

LEVARG, A, 1929 : «L'organisation de la lutte contre la maladie du sommeil dans les colonies françaises d'Afrique» in Bulletin de l'office international d'hygiène

publique, pp. 79-284.

2- Ouvrages

ALONOU, K, 1994 : La politique sanitaire de la France au Togo à l'époque coloniale : 1919- 1960 Thèse de doctorat, Université de Poitiers, 395 p.

C.COQUERY-VIDROVITCH, H. MONIOT, 1984 : L'Afrique noire de 1800 à nos jours. Presses Universitaires de France. pp. 185-187.

LAPEYSSONNIE, L, 1987 : Moi, Jamot le vainqueur de la maladie du sommeil. Les presses de l'Inam, Edition Louis Musin. TAIGLAHOU, J., 1986 : L'organisation du système de la santé dans les pays francophones ouest-africains et le choix d'une diversité de sources de financement : application à la Côte d'Ivoire. Thèse de doctorat de 3è cycle, (N.R) Université de Lille II, 477p.

Mme DOMERGUE CLOAREC, D, 1984 : Politique française et réalités coloniales : l'exemple de la santé en Côte d'Ivoire : 1905-958 Thèse de doctorat d'Etat, Université de Poitiers, 1901 p.