



**Thèse
Présentée par
Mor NDAO**

**UCAD - FLSH
DEPARTEMENT
D'HISTOIRE**

**L'ALIMENTATION ET LA SANTE DES
ENFANTS DANS LE SENEGAL
COLONIAL, 1905 – c.a 1960.**

Année universitaire 2010 / 2011

UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT D'HISTOIRE



THÈSE DE DOCTORAT D'ÉTAT

**L'ALIMENTATION ET LA SANTÉ DES
ENFANTS DANS LE SÉNÉGAL
COLONIAL, 1905 – c.a 1960.**

Présentée par

Mor NDAO

Sous la direction de
Ibrahima THIOUB PROFESSEUR TITULAIRE

JURY

Boubacar BARRY	Professeur,	Faculté des Lettres et Sciences Humaines (Histoire)
Saliou DIOUF	Professeur,	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie
Salimata WADE	Professeur,	Faculté des Sciences et Techniques (Biologie Animale)
Iba Der THIAM	Professeur,	Faculté des Lettres et Sciences Humaines (Histoire)
Ibrahima THIOUB	Professeur,	Faculté des Lettres et Sciences Humaines (Histoire)

Année universitaire 2010 / 2011

UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT D'HISTOIRE



THÈSE DE DOCTORAT D'ÉTAT

TOME I

**L'ALIMENTATION ET LA SANTÉ DES
ENFANTS DANS LE SÉNÉGAL
COLONIAL, 1905 – c.a 1960.**

Présentée par

Mor NDAO

Sous la direction de

Ibrahima THIOUB PROFESSEUR TITULAIRE

Année universitaire 2010 / 2011

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu mon directeur de thèse, le Pr Ibrahima Thioub à qui d'ailleurs je dois le choix de l'idée initiale de cette recherche et qui, bien plus, a bien voulu diriger ce travail depuis ses balbutiements. Sa densité intellectuelle lumineuse, ses conseils, orientations méthodologiques, remarques pertinentes, son soutien et ses encouragements depuis deux décennies ont été permanents. Qu'il trouve ici l'expression de ma grande gratitude.

Mon père et ma mère m'ont tout appris et m'ont tout donné. Je leur dédie cette thèse. J'associe aux remerciements mes frères et sœurs, mes cousins et tantes : Astou Ndiaye, Serigne Tacko, Aminata.

Mes remerciements vont à l'endroit de toute ma famille pour leur soutien de tous les jours : Yaye Mare, Awa, Mohamed, Sine, Mame Abdoulaye.

Ma pensée reconnaissante se reporte au Pr Iba Der Thiam et à Babacar Fall pour leur disponibilité, leurs conseils et orientations pertinents.

Ce travail a bénéficié de plusieurs soutiens : le CODESRIA, la Communauté Urbaine de Nantes, l'Institut des Etudes Avancées Nord /Sud (IEA) de Nantes, la Maison des Sciences de l'Homme Ange Guépin de Nantes. A la Maison des Sciences de l'Homme Ange Guépin et à l'IEA j'ai pu bénéficier de conditions idéales et d'un environnement propice à la recherche et la rédaction de cette thèse. A toutes ces institutions, j'exprime toute ma reconnaissance pour leur soutien inestimable.

Je remercie le Pr Stéphane Tirard Directeur du Centre François Viète (Histoire des Sciences et Techniques) du Département de Mathématique de l'Université de Nantes. Pendant mon séjour en 2007 à Nantes, il a bien voulu m'intégrer au sein d'une équipe stimulante : le Groupe d'Etudes d'Histoire et d'Epistémologie des Sciences de la Vie (GEHES/Vie).

Toute ma pensée reconnaissante aux Professeurs qui me font l'honneur de faire partie du jury. Je les en remercie vivement.

Je ne peux citer toutes les bonnes volontés qui, souvent, ont accepté de répondre, avec enthousiasme à mes questions. Je les remercie pour leur disponibilité, les informations transmises et leurs témoignages inestimables. Il me revient d'adresser ici mes vifs remerciements au Professeur Marc Sankalé qui, à Marseille, a bien voulu me recevoir chez lui, à

Daumier, répondre à mes questions, me faire des orientations et observations pertinentes avant de me transmettre de prestigieux documents relatifs à ma thématique. A ces remerciements, j'associe le Professeur Pierre Pène, maire de Carry-Le Rouet pour ses précieux témoignages et observations pertinentes.

Je remercie particulièrement les personnes qui m'ont aidé et guidé dans les archives : aux Archives Nationales du Sénégal, à la Bibliothèque Universitaire de l'UCAD, à l'IFAN, au CRDS de Saint-Louis, à l'ORANA, à l'Institut de Pédiatrie Sociale de l'UCAD, au CAOM d'Aix en Provence, à la Maison des Sciences de l'Homme Ange Guépin de Nantes, à la Faculté de Médecine de l'Université de Nantes, à l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (IMTSSA) Le Pharo de Marseille.

Je rends hommage aux enseignants qui ont participé à ma formation, du cycle primaire au supérieur. Mes remerciements vont à l'endroit de mes camarades de l'Ecole Normale Régionale de Mbour et de l'Ecole Normale Supérieure (FASTEF) de Dakar sans oublier mes amis de toujours.

J'exprime mes remerciements à l'endroit de Madame Marie Louise Faye qui, avec rigueur, a assuré les fastidieux réglages finaux de ce travail. Qu'elle trouve ici l'expression de ma profonde gratitude. Ma reconnaissance va à l'endroit de mes collègues du Département d'Histoire, des personnes qui, de manière désintéressée, ont bien voulu relire ce travail.

Toute ma pensée pieuse à mes proches et chers aujourd'hui disparus : le Pr Mbaye Guèye, Brahim Diop, Salif Dione, mon ancien inspecteur départemental alors que j'étais instituteur à Diagane Barka (département de Foundiougne), Alpha Mbodj, Mamadou Ndao de Diagane Barka, Amath Sall de Bandandaar, Alioune Thiaw.

DÉDICACES

*Aux enfants africains,
Particulièrement ceux, hélas exposés aux privations diverses,
Je dédie ce travail.*

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

« Il ne suffit cependant pas de poser les problèmes pour que ceux –ci se résolvent d’eux-mêmes. Souvent d’ailleurs, spécialement en matière sanitaire, les mesures à prendre débordent le cadre de la technique pure et le succès ne peut être obtenu que par la mise en œuvre d’un faisceau convergent de moyens empruntés aux services et aux disciplines les plus divers ».

Sanner L (Directeur du Service d’Hygiène Mobile et de Prophylaxie), *Bulletin Médical de l’AOF*, Numéro spécial, novembre 1954, DGSP, Dakar.

Acronymes et abréviations

AEF	:	Afrique Equatoriale Française
AHMC	:	Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales
AMA	:	Assistance Médicale Africaine
AMI	:	Assistance Médicale Indigène
AMPC	:	Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales
ANS	:	Archives Nationales du Sénégal
AOF	:	Afrique Occidentale Française
BAS	:	Bulletin Administratif du Sénégal
BMAOF	:	Bulletin Médical de l'AOF
CAOM	:	Centre des Archives d'Outre-mer
CIAN	:	Conférence inter-africaine sur l'alimentation et la nutrition
CIE	:	Centre International de l'Enfance
CINAM	:	Compagnie Industrielle et d'Aménagement du Territoire
DGSP	:	Direction Générale de la Santé Publique
EMD	:	Ecole de Médecine de Dakar
FAO	:	Food Agriculture Organisation
FIDES	:	Fonds International de Développement Economique et Social
FISE	:	Fonds International de Secours de l'Enfance (ex UNICEF)
FLSH	:	Faculté des Lettres et Sciences Humaines
IGSSC	:	Inspection Générale des Services Sanitaires et Civils
IMTSSA	:	Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées
IPS	:	Institut de Pédiatrie Sociale
JOAOF	:	Journal Officiel de l'Afrique Occidentale Française
JORS	:	Journal Officiel de la République du Sénégal

JOS	:	Journal Officiel du Sénégal
MISOES	:	Mission Socioéconomique de la Vallée du Fleuve Sénégal
MST	:	Maladies Sexuellement Transmissibles
OCCGE	:	Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte contre les Grandes Endémies
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	:	Organisation des Nations Unies
ORANA	:	Organisation de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines
ORSC	:	Office de Recherche Scientifique Coloniale
ORSTOM	:	Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile
RFHOM	:	Revue Française d'Histoire d'Outre-Mer
SDN	:	Société Des Nations
SGAMS	:	Service Général Autonome de Prophylaxie et de Traitement de la Maladie du Sommeil
SGHMP	:	Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie
SGIME	:	Service Général de l'Inspection Médicale des Ecoles
SLAP	:	Service de Lutte Anti Paludique
UCAD	:	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UIT	:	Union Internationale contre la Tuberculose

PLAN GÉNÉRAL ABRÉGÉ

TOME I

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	15
PREMIÈRE PARTIE :	
ALIMENTATION DE L'ENFANT : MUTATIONS ET PERMANENCES.....	67
CHAPITRE I : CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ALIMENTATION	
AU SÉNÉGAL.....	
1. Le régime alimentaire : les monotonies du quotidien.....	71
2. La soudure et ses répercussions sur la situation alimentaire et nutritionnelle.....	85
3. Culture arachidière et dynamiques alimentaires au Sénégal.....	91
CHAPITRE II : PRATIQUES, HABITUDES COMPORTEMENTS	
ALIMENTAIRES.....	
1. Acquisition des aliments.....	99
2. Les habitudes alimentaires.....	101
3. Données alimentaires et nutritionnelles au Sénégal.....	104
4. L'allaitement et l'alimentation du nourrisson.....	109
5. Le sevrage et son influence sur l'état nutritionnel des enfants.....	112
6. L'alimentation post sevrage du jeune enfant.....	119
7. L'état nutritionnel des mères.....	123
CHAPITRE III : LES CARENCES ET PATHOLOGIES	
NUTRITIONNELLES.....	
1. La malnutrition : prévalence et variations géographiques.....	130
2. Les pathologies nutritionnelles infantiles.....	136
3. La malnutrition selon l'âge.....	148
4. Les politiques de lutte contre la malnutrition.....	156
DEUXIÈME PARTIE :	
LA SANTÉ INFANTILE : LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ	
INFANTILES DEPUIS 1905.....	165
CHAPITRE IV : LES MALADIES VIRALES.....	
1. Les maladies éruptives : la variole et la rougeole.....	172
2. La poliomyélite.....	202
CHAPITRE V : LES MALADIES PARASITAIRES.....	
	206

1. Le paludisme	207
2. Les parasitoses intestinales.....	232
3. La bilharziose.....	237
CHAPITRE VI. LES MALADIES BACTERIENNES	242
1. Le tétanos ombilical.....	242
2. La tuberculose.....	253
CHAPITRE VII. LES AUTRES PATHOLOGIES	274
1. Les maladies diarrhéiques	275
2. Les infections respiratoires	283
3. Les affections oculaires : Le trachome	285
4. Les tréponématoses tropicales	293
5. Les anémies	329
6. La morbidité maternelle.....	333
CHAPITRE VIII . L'ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ DU JEUNE ENFANT	334
1. Niveaux, facteurs et structures de la mortalité des enfants.....	335
2 Les facteurs et variations de la mortalité des enfants	349
TOME II.....	379
TROISIÈME PARTIE :	
L'ENFANCE AU PRISME DES POLITIQUES : LA QUESTION DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE.....	379
.....	
CHAPITRE IX : ENFANCE ET SOCIÉTÉS TRADITIONNELLES	380
1. De la grossesse à l'accouchement	382
2. Sens et signification de la naissance, place et statut de l'enfant.....	398
CHAPITRE X: ENFANCE ET ORDRE COLONIAL.....	406
1. Les grandes tendances de la politique coloniale	406
2. Acteurs et structures impliqués dans la politique de PM.....	453
3. Les moyens sociaux et législatifs	503
CONCLUSION GÉNÉRALE	571
SOURCES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	601

SOMMAIRE DU TOME I

INTRODOCTION GÉNÉRALE.....	15
PREMIÈRE PARTIE :	
ALIMENTATION DE L'ENFANT : MUTATIONS ET PERMANENCES.....	67
CHAPITRE I :	
CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ALIMENTATION AU SÉNÉGAL	70
1-	Le
régime alimentaire : les monotonies du quotidien.....	71
2- <u>La soudure et ses répercussions sur la situation alimentaire et nutritionnelle</u>	<u>85</u>
3- Culture arachidière et dynamiques alimentaires au Sénégal	91
CHAPITRE II :	
PRATIQUES, HABITUDES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES.....	99
1. Acquisition des aliments.....	99
2. Les habitudes alimentaires.....	101
3. Données alimentaires et nutritionnelles au Sénégal	104
4. L'allaitement et l'alimentation du nourrisson	105
5. Le sevrage et son influence sur l'état nutritionnel des enfants.....	112
6. L'alimentation post sevrage du jeune enfant.....	119
7. L'état nutritionnel des mères	123
CHAPITRE III : LES CARENCES ET PATHOLOGIES NUTRITIONNELLES.	
1. La malnutrition : prévalence et variations géographiques.....	130
2. Les pathologies nutritionnelles infantiles.....	136
3. La malnutrition selon l'âge.....	148
4. Les politiques de lutte contre la malnutrition	156
DEUXIÈME PARTIE :	
LA SANTÉ INFANTILE :LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ	
INFANTILES DEPUIS 1905	165
CHAPITRE IV - LES MALADIES VIRALES.....	
1. Les maladies éruptives : la variole et la rougeole	172
2. La poliomyélite.....	202
CHAPITRE V - LES MALADIES PARASITAIRES	
1. Le paludisme	207
2. Les parasitoses intestinales.....	232
3. La bilharziose.....	237
CHAPITRE VI : LES MALADIES BACTÉRIENNES.....	
1. Le tétanos ombilical.....	242
2. La tuberculose.....	253

CHAPITRE VII : LES AUTRES PATHOLOGIES	274
1. Les maladies diarrhéiques	275
2. Les infections respiratoires	283
3. Les affections oculaires Le trachome	285
4. Les tréponématoses tropicales	293
5. Les anémies	329
6. La morbidité maternelle.....	333
CHAPITRE VIII : L'ÉVOLUTION DE LA MORTALITE DU JEUNE ENFANT.	335
1. Niveaux, facteurs et structures de la mortalité des enfants.....	335
2. Les facteurs et variations de la mortalité des enfants.	349

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

*A la mémoire de ma chère Mère, LISSA
Pour votre générosité et vos largesses,
Pour votre droiture et votre humilité,
Je vous dédie ce travail.
Que la Terre de Darou Salam vous soit légère.*

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CODESRIA BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Ancien médecin des Troupes de Marine Tropiques, Jean Dutertre dresse, dans son site web, le bilan de l'œuvre sanitaire de la France dans ses anciennes possessions coloniales : « Comptez quarante hôpitaux généraux, six cents hôpitaux secondaires, deux mille dispensaires, six mille maternités, deux écoles de médecins auxiliaires, vingt écoles d'infirmiers diplômés, quatorze Instituts Pasteur, deux grands "Services mobiles des grandes endémies", l'un en Afrique Occidentale, l'autre en Afrique Equatoriale. Des médecins militaires français ont consacré à cette aventure médicale du service de santé outre mer plus de soixante mille années-homme de travail. Comme le demande le professeur Payet, premier doyen de la faculté de médecine de Dakar, en citant ces chiffres : qui a fait mieux, et où ? »¹.

Sont convoqués, à travers ce tableau triomphaliste, les « effets positifs » et la contribution modernisatrice de la médecine dans les colonies africaines².

Dans le domaine de la protection de la mère et de l'enfance, on pourrait brandir le même bilan. En effet, durant la période du « colonialisme tardif », le directeur général de la Santé Publique évalue la politique de protection maternelle et infantile en AOF. De 1945 à 1955, le nombre de consultations prénatales (mères) passe de 195 928 à 335 325 et pour les accouchements de 91 152 à 143 703³. Durant la même période marquée par les vastes programmes de réforme coloniale de l'après guerre, les consultations d'enfants de 0 à 5 ans prennent une courbe ascendante (1 132 114 à 1 464 319) alors que le nombre de services prenant en charge la PMI a presque doublé (132 à 246) ; quant au nombre de lits avec berceau, il a plus que triplé en une décennie (1233 à 4511)⁴.

1. [Http : //perso.orange.fr/jdtr/](http://perso.orange.fr/jdtr/) consulté le 4 août 2010.

La même citation se trouve à la quatrième de couverture de l'ouvrage de Lapeyssonnie, *La médecine coloniale. Mythes et réalités*. Seghers 1988.

2. Voir à ce propos l'ouvrage de Lapeyssonnie, *op. cit.*

3. ANS 1H103 (163) Rapport sur l'organisation de la Protection Maternelle et Infantile en AOF. Direction Générale de la Santé Publique.

4. *Ibid.*

Il est hors de doute que l'intensification de la protection maternelle et infantile, les campagnes massives de vaccination à partir de 1953, la mise en œuvre d'un programme d'alimentation supplémentaire des groupes vulnérables (enfants, femmes enceintes ou allaitantes) ont permis la maîtrise progressive des épidémies et des maladies endémiques et contribué, à l'évidence, à diminuer la morbidité et la mortalité materno - infantiles en AOF.

Toutefois, de tels tableaux élogieux, peints par un regard triomphaliste appellent une analyse et une évaluation plus serrées. Dans les faits, il faudrait souligner d'abord que l'implantation de la médecine coloniale s'est accompagnée d'une « technologie de la santé » et d'une machinerie administrative (passeports sanitaires, carnets de vaccination, lois, décrets, arrêtés, tournées et expéditions de la santé, etc.) qui ont durement soumis les Africains aux examens de dépistage, recensements épidémiologiques et à l'administration de traitements souvent imposés. Outre la « racialisation » des Africains (pré) disposés à l'infection et à la dissémination, il est évident que la mise en place des structures et politiques sanitaires participa grandement à la gestion administrative des colonies grâce à une « ingénierie sociale » révélatrice d'une connexion de l'œuvre sanitaire au projet colonial⁵. On est ainsi conduit à ne jamais isoler l'œuvre sanitaire des ambitions de mise en valeur coloniale. On peut comprendre, dans un tel contexte que les recensements épidémiologiques, les vaccinations, la « technologie de la santé » aient contribué au fichage, à la localisation des colonisés dans l'espace ainsi qu'au recensement et au recouvrement des impôts. D'autant plus qu'il s'agit de services sanitaires certes civils, mais organisés, dirigés, administrés et mis en pratique par des médecins militaires.

5. Voir à ce propos Lyons M, *The colonial disease : a social history of sleeping sickness in Northern Zaire, 1900-1940*, New York, Cambridge University Press, 1992.

Dans le domaine même de la PMI, on pourrait tout de même s'interroger sur les ambiguïtés, ambitions, projets et contradictions qui se nichent dans l'invocation de l'œuvre sanitaire pour protéger les mères et les enfants, améliorer leur sort et leur bien être. Partant de ce constat, la présente thèse tente de décrire et comprendre les relations entre l'alimentation, la santé des enfants et la politique coloniale.

I - PROBLÉMATIQUE

Si dans le domaine de l'histoire des pathologies en contexte colonial, la réflexion semble poussée, la place des enfants dans l'histoire de la santé, les modalités de prise en charge de leurs maladies sont peu étudiées. En vérité, la santé des enfants constitue un domaine d'étude modestement abordé par l'historiographie. En effet, la production historique relative à la médecine aux colonies s'est plutôt focalisée sur le bilan de l'œuvre sanitaire en insistant sur les succès et les échecs des médecins coloniaux déployés sur les périphéries africaines dévastées par les redoutables pathologies tropicales.

Construction sociale et historique⁶, la maladie reflète les statuts des sociétés. Alors que dans les sociétés occidentales, la maladie est souvent imputée à la société agressive par l'intermédiaire d'un « mode de vie » malsain imposé à l'individu, au contraire, dans les sociétés africaines, plusieurs maladies, dont l'étiologie se réfère souvent à des catégories surnaturelles (ancêtres, génies, « Dieu »), sanctionnent un comportement déviant par rapport aux normes sociales. La maladie « y a très fréquemment la valeur et la signification d'un

6. Herzlich C., « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social », in Augé M, Herzlich C., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des archives contemporaines, pp.189-215.

rappel à l'ordre social qui suscite lui-même une redéfinition de la personne individuelle »⁷.

La réponse thérapeutique par l'éradication des effets de l'action adverse, mobilise des instances spécifiques. Ainsi la prise en charge de la santé de l'enfant, la place des pathologies de l'enfant dans l'histoire, plus particulièrement en contexte colonial ne vont pas sans générer de réelles difficultés dès lors qu'elles doivent puiser dans des histoires et des cultures différentes. Il s'agit au fond de faire une histoire sociale de l'expérience de la maladie des enfants et des « systèmes médicaux », en tant que révélatrice des rapports de pouvoirs dans l'espace colonial.

Sous ce rapport, le présent travail essaie de rendre compte de la coexistence, voire de la concurrence de systèmes médicaux différents dans un même espace, sur les mêmes corps et esprits.

L'ossature problématique de cette thèse est bâtie autour de trois axes : l'interaction entre l'alimentation, la santé des enfants et la politique coloniale.

L'objectif est d'analyser les dynamiques alimentaires, les principales pathologies affectant les enfants, de même que les modalités de leur prise en charge aussi bien par le pouvoir colonial que par les sociétés africaines.

Les questions suivantes seront examinées : les mécanismes de prise en charge de l'enfance dans les sociétés africaines depuis la conception (grossesse), la naissance, la petite enfance et l'enfance en passant par le sevrage, les pathologies affectant les enfants et les modalités de leur prise en charge aussi bien dans les sociétés africaines que par la médecine moderne, les incidences de l'état nutritionnel sur la santé infantile, les indices révélateurs du péril sanitaire infantile.

7. Augé M., « Ordre biologique, ordre social ; la maladie, forme élémentaire de l'événement », in Augé M, Herzlich C., *op. cit.*, pp35-91, p.36.

Il s'agira aussi de disséquer les ambiguïtés, les contradictions qui se nichent dans l'évocation de la médecine pour protéger les Africains, améliorer leur sort et leur bien-être. Dès lors on pourrait bien se poser la question de savoir si l'action sanitaire et l'œuvre médicale en faveur de l'enfant et de la mère obéissent à une notion humanitaire ou au contraire, répondent aux impératifs de mise en valeur et d'exploitation de la colonie. Quels sont les moyens et stratégies mis en œuvre, autrement dit quelle politique les autorités coloniales puis post coloniales ont-elles menées pour lutter contre la malnutrition et la sous-nutrition au sein des groupes vulnérables, notamment les enfants, les femmes gestantes et allaitantes ?

La spécificité de ce travail, en termes d'éléments nouveaux du savoir sur la colonie est surtout d'élargir le champ des connaissances, notamment dans le domaine de l'historiographie. En effet, cette thèse, en tant qu'étude historique sur l'enfance représente, pour l'historiographie, une contribution majeure dans un débat largement dominé, jusqu'ici, par les ethnologues.

Dans ce cadre, le présent travail se propose d'apporter des éléments nouveaux sur la connaissance de l'histoire médicale du Sénégal, le processus de médicalisation des sociétés africaines consécutif à l'implantation de la médecine coloniale, l'alimentation et la santé du jeune enfant en contexte colonial, leurs inter relations, les politiques sanitaires mises en œuvre et leur logique dans des sociétés autres, largement travaillées par leurs spécificités socioculturelles ,etc.

II - ÉTUDES SUR L'ENFANCE ET LA MÉDECINE COLONIALE : APPROCHES HISTORIOGRAPHIQUES

Dans le domaine de l'étude sur la santé, l'histoire semble bien en retard car le terrain fut, pendant longtemps, occupé par d'autres sciences comme la sociologie, l'anthropologie, l'épidémiologie, la géographie médicale et l'entomologie. L'histoire de la santé, longtemps considérée comme relevant

exclusivement du domaine médical, a été souvent relégué au second plan au détriment de l'histoire politique, militaire et économique.

Dans les colonies françaises d'Afrique occidentale, les études sur la médecine aux colonies furent largement dominées d'abord par les écrits des médecins coloniaux. Sous forme de récits hagiographiques, les écrits du corps de santé colonial célèbrent les énormes exploits qui consacrent la domestication des contrées naguère mortifères et la médicalisation des sociétés africaines. Parmi ces travaux, font figure de proue ceux de Lapeyssonnie et de Constant Mathis⁸.

L'ouvrage de Lapeyssonnie *La médecine coloniale. Mythes et réalités* retrace le parcours et l'œuvre du corps de santé colonial, les obstacles rencontrés dans les colonies et les succès et victoires engrangés dans ces contrées mortifères. Malgré les obstacles et contraintes inhérentes au monde tropical, force est de constater que la médecine coloniale, au XIXe et XXe siècle, a été l'unique moyen, la seule alternative à même de soulager les terribles souffrances des populations misérables des contrées tropicales⁹. Volontariste, altruiste, le corps des médecins coloniaux, des décennies durant, souvent dans l'anonymat¹⁰, a fait reculer sensiblement les frontières de la maladie et de la mort.

Constant Mathis dans *L'œuvre des Pasteuriens en Afrique noire (AOF)* retrace l'histoire des médecins en exercice dans les instituts Pasteur en terre africaine en insistant sur leur rôle « dans l'œuvre bienfaitrice de la France en Afrique noire »¹¹. L'objectif de l'ouvrage est de faire ressortir la part considérable des pasteuriens coloniaux dans la protection sanitaire des indigènes grâce à la vulgarisation, sous les tropiques des méthodes et bienfaits de Pasteur à

8. Lapeyssonnie, *La médecine coloniale. Mythes et réalités*. Seghers 1988, Mathis C, *L'œuvre des Pasteuriens en Afrique noire (AOF)*, PUF 1939.

9. Lapeyssonnie, *op. cit.*, p. 13.

10. *Idem*, p.13.

11. Mathis C, *op. cit.*, p.1.

qui l'Afrique noire doit reconnaissance¹². En effet, pour Mathis, « sans l'application de la méthode pastoriennne et expérimentale à l'étude de la pathologie tropicale, notre Empire colonial n'aurait jamais pu être assaini et d'immenses territoires intertropicaux seraient encore en friche »¹³.

L'étude de Mathis expose aussi, d'une part les biographies des illustres pastoriens coloniaux, leurs travaux, découvertes et leur part dans la maîtrise des maladies tropicales ; d'autre part l'auteur montre les connaissances sur les endémo-épidémies tropicales africaines, les résultats acquis « grâce aux travaux de laboratoire dus aux pastoriens africains »¹⁴ qui, au fil du temps, ont transformé ces terres inhospitalières de jadis en espaces où expatriés européens et autochtones peuvent vivre sans craintes des spectaculaires crises sanitaires du passé. Une riche bibliographie, composée de 700 travaux relatifs aux pathologies africaines clôt l'intéressant travail de Mathis.

Il est incontestable que l'étude de Mathis apporte des éclairages sur les questions sanitaires dans les colonies, les pathologies africaines, l'histoire de la recherche médicale et biomédicale en Afrique de l'ouest.

D'une manière générale, les récits hagiographiques dressent le bilan positif de la médecine de guerre, de conquête et de colonisation. Il s'agissait de montrer l'œuvre des médecins coloniaux en Afrique, l'épopée des médecins de la Marine et des Troupes Coloniales qui, de manière décisive, participèrent à la conquête, à la pacification et à l'organisation des colonies¹⁵. La plupart des travaux historiques sur l'œuvre sanitaire des Français en Afrique se sont particulièrement intéressés au bilan de l'œuvre sanitaire, en insistant sur les

12. *Ibid.*

13. Mathis C, *op. cit.*, p. 14.

14. *Idem*, p.1.

15. Palès L, « Le rôle primordial du médecin dans la colonisation française ». Conférence faite à Marseille le 26 mai 1942. La Quinzaine Impériale, *Médecine Tropicale*, 1942, 2, 7, pp. 654-660, p.658

succès face aux redoutables pathologies tropicales. Sont évoquées les dures épreuves des médecins délaissés dans l'immensité désolée des terres africaines, à l'épreuve des meurtrières endémo-épidémies et « dont un grand nombre ont payé de leur vie leur inlassable et splendide dévouement »¹⁶. Toutefois, on se gardera bien d'oublier que le continent africain, surtout pour les pastoriens, fut un terrain idéal pour la recherche, la prospection, l'utilisation et la validation des connaissances en même temps qu'il constituait un espace propice à de riches moissons offertes par la pathologie africaine.

Pour ces études, il s'agit de dresser le bilan des réalisations sanitaires en insistant sur les constructions d'infrastructures, l'amélioration aussi bien en quantité qu'en qualité des ressources humaines, le recul, voire l'éradication de terribles épidémies qui, aujourd'hui, n'évoquent que des souvenirs appartenant au passé. Il est certain que l'Etat coloniale dans le domaine sanitaire a entrepris des efforts immenses, notamment dans la période du « colonialisme tardif » ; efforts qui, du reste, se concrétisèrent par une amélioration sensible des conditions sanitaires des populations colonisées.

Toutefois, ces études, au regard triomphaliste appellent une analyse et une évaluation plus serrée. En tant que « savoir - pouvoir »¹⁷ et pouvoir d'Etat, la médecine coloniale participa sensiblement à l'administration des périphéries coloniales. Pouvoir d'Etat, elle fut, par ses campagnes de masse, un indicateur de la mainmise administrative sur les Africains en même temps qu'elle constitue

16. Fabre J, « L'œuvre des médecins coloniaux en Afrique noire », Conférence faite à Montpellier le 30 mai 1942. La Quinzaine Impériale, Médecine Tropicale, 1942, 2, 7, pp. 664-666, p.665.

17. A ce propos, voir les travaux de Foucault (Michel); "Deux essais sur le sujet et le pouvoir", in Hubert Dreyfus et Paul Rabinow (eds.), *Michel Foucault, un parcours philosophique* (Paris: Gallimard, 1984), 297-321.

Foucault (Michel), *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir* (Paris: Gallimard, 1976).

Foucault (Michel), *L'archéologie du savoir* (Paris: Gallimard, 1969).

Foucault (Michel), "La technologie politique des individus", *Dits et écrits 1954-1988* (Paris: Gallimard, 1994), IV, 1980-1988, 813-828.

une mesure de l'adhésion des Africains à la politique coloniale. Pilier et outil majeurs du contrôle social, la médecine en contexte colonial joua aussi sa partition, à travers ses campagnes de masse, à la gestion autoritaire, voire « totalitaire » des Africains. En effet, il est permis de penser que l'arsenal technique et juridico-administratif déployé à travers les passeports sanitaires, les carnets de vaccination, lois et décrets, tournées et expéditions médicales soumettent les populations africaines aux examens de dépistage et à l'administration de traitements, au recensements épidémiologiques, au fichage, en même temps qu'ils facilitent leur localisation dans l'espace et le recouvrement de l'impôt. Sous ce registre, la médecine coloniale, par sa structure, son fonctionnement militaro – étatique, constitue, à bien des égards, une entreprise destinée au contrôle des populations africaines.

Dans les périphéries coloniales, les savoirs médicaux, à travers la médecine et l'hygiène furent largement sollicités pour aboutir à la hiérarchisation des races, à la « racialisation » de l'espace géographique, notamment dans certaines villes coloniales. En atteste la ségrégation urbaine à Yaoundé ou à Dakar dont la conception, la mise en pratique et la justification des arguments sanitaires et hygiéniques furent l'œuvre non seulement des politiques, mais aussi des autorités sanitaires. La peste, brandie par les autorités fut, dans les faits, une occasion pour « racialiser » l'espace urbain et, ce faisant, déployer l'ordre colonial¹⁸.

La deuxième phase des études consacrées à la santé aux colonies est marquée par les apports d'autres disciplines appartenant pour l'essentiel aux sciences sociales (anthropologie, sociologie, géographie, démographie).

Dans le domaine de l'enfance, il faut attendre la période d'après guerre pour voir

18. Mbokolo E, « Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914 », *Cahier d'Etudes Africaines*, 1982, pp. 13- 46.

une série d'études à l'initiative de la Mission Anthropologique, de l'ORANA et de Conférences Inter Africaines sur l'Alimentation et la nourriture Africaines.

Pourtant, à partir des années 1930 des revues comme *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, *Médecine Tropicale*¹⁹ ouvrent de larges fenêtres à la PMI. Ainsi, des chroniques documentaires anonymes, d'autres signées par le Docteur Passa, J. Giordani livrent de précieuses informations relatives à la « *protection de la maternité et de l'enfance dans les colonies en françaises* ».

Dès la fin du second conflit mondial, les autorités sanitaires furent unanimes à diagnostiquer l'ampleur du « fléau nutritionnel » en AOF. La convergence du discours colonial autour du péril nutritionnel comme fléau démographique déboucha à la création, le 9 juillet 1945 d'une nouvelle structure dénommée Organisme d'Enquêtes pour l'Etude des Populations Indigènes de l'AOF (Alimentation - Nutrition) plus connu sous le nom de Mission Anthropologique.

La création de cette institution fut dictée par la pression d'une opinion internationale sensible aux ravages de la malnutrition dans les colonies. Son programme initial s'inscrivant dans le cadre des accords passés à Hot Springs consistait à déterminer l'état nutritionnel des populations ainsi que le déficit en aliments dans les colonies constituant l'AOF et à identifier les troubles de croissance, les états de malnutrition ou de sous- nutrition (hypovitaminoses, anémies, carences, etc.). Les études nutritionnelles de la Mission Anthropologique, axées essentiellement sur les groupes vulnérables (nourrissons, enfants, femmes enceintes ou allaitantes), permirent l'élaboration de programmes portant sur les tables alimentaires, des enquêtes sur les consommations, la valeur nutritive des aliments et les habitudes alimentaires.

19. La revue *Médecine Tropicale* remplace à partir de 1942 *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*.

A partir de 1945, plusieurs études physiques, psycho-techniques et nutritionnelles furent menées par la Mission Anthropologique. Les recherches permirent l'identification des régions soumises à une forte prévalence de caries dentaires et de fluoroses en même temps qu'elles démontrent la relation étroite entre la vitamine A du lait maternel et l'alimentation de la mère ; elles identifient aussi une forte prévalence de cancers primitifs du foie et le rôle de l'aflatoxine. Au total, les recherches alimentaires, complétées par des cartographies, des études physiologiques, biologiques, hématologiques et pathologiques, permirent la collecte de précieuses informations relatives aux carences protéiniques, caloriques et vitaminiques survenant surtout en période de soudure ainsi que des données sur les pathologies nutritionnelles (goitre, avitaminoses, anémies, kwashiorkor).

L'importance des questions alimentaires et nutritionnelles dans l'avenir des colonies aboutit à l'organisation de conférences inter africaines sur l'alimentation et la nutrition (Dschang au Cameroun en octobre 1949, Fajara en Gambie et Brazzaville au Congo en 1952) afin d'approfondir les connaissances sur les conditions nutritionnelles des enfants et de leurs mères. Ces rencontres furent l'occasion de présenter des recherches originales relatives aux questions alimentaires des populations africaines. Parmi les travaux présentés, figurent en bonne partie les pathologies nutritionnelles affectant l'enfant africain (anémies, le goître endémique, avitaminoses, kwashiorkor, etc.)²⁰.

-
20. On pourrait citer parmi ces travaux : Aubry L 1949, *Alimentation, nutrition et santé dans la première enfance (0 - 7 ans) à Saint-Louis (Sénégal) en 1947*, Communication à la conférence inter-africaine pour l'alimentation et la nutrition (CIAN) de Dschang (Cameroun) du 3 au 9 octobre 1949.
Aufret C et Tanguy (F) 1949, « Dépistage des états de carences ou subcarence chez les Africains de la région de Dakar Vitamine C dans le lait des femmes africaines de Dakar », Note 30 Communication à la CIAN de Dschang.
Bergouniou J L, 1949, *L'alimentation dans la Presqu'île du Cap-Vert*, ORANA, Dakar.
Bergouniou J L 1951, *AOF : problème alimentaire et nutritionnel*. ORANA, Dakar.
Bergouniou J L 1952, « Malnutrition et sous-nutritions observées chez les jeunes enfants de la presqu'île du Cap-Vert », Communication de la CIAN de FAJARA (Gambie) du 19 novembre au 02 décembre 1952.

En somme, dans le domaine de la santé infantile, plusieurs recherches et expériences furent menées sur les enfants par le SGIME, la Mission Anthropologique, l'ORANA à Mont Rolland, Popenguine, Badiana, îles du Saloum et dans la zone de Khombole (Igor de Garine, vaccin contre la rougeole).

Au total, les recherches entreprises par la Mission Anthropologique et l'ORANA ont permis d'éclairer bien des aspects relatifs à l'anthropologie physique des enfants (études de physiologie et d'anatomie comparée, d'hématologie), aux pathologies nutritionnelles (anémies, le goître endémique, avitaminoses, kwashiorkor, etc). Les recherches ont aussi exploré, outre les études psycho-techniques, des aspects épidémiologiques et cliniques de certaines pathologies : sicklémie (drépanocytose ou anémie falciforme), caries dentaires et fluoroses.

D'une manière générale, les études menées par Mission Anthropologique ont permis la production d'une littérature aussi diverse que variée, brassant des domaines comme l'anthropologie physique, la psychologie, l'épidémiologie qui informent sur les populations d'une manière générale et plus particulièrement sur les enfants africains. Ainsi de riches tableaux et cartes détaillés fournissent un luxe de détails sur des aspects essentiels des populations : cartes de répartition de la stature des populations (1946), carte linguistique, cartes des pathologies (répartition du goître, carte anthropologique de l'AOF (1946). Toutefois, on pourrait déplorer la tendance de ces études vers une « racialisation » de problèmes médicaux. Ainsi, les pathologies sont étudiées, non en fonction du

Palès L 1949a, Rapport de la Délégation de l'AOF à la Conférence Interafricaine sur l'Alimentation et la Nutrition, Dschang Cameroun, ORANA, Dakar

1949b *Etude comparative de la structure moyenne par classes d'âge des écoliers à Dakar* Communication de la CIAN, Dschang, ORANA, Dakar.

1949c, *L'inventaire des aliments de l'Homme en AOF*, Communication à la CIAN de Dschang, ORANA, Dakar.

1949d, *Sur la conservation des produits alimentaires en AOF. Les contenants indigènes de réserves* Communication CIAN Dschang. ORANA, Dakar.

milieu, de l'environnement, mais corrélées aux ethnies, tribus et races dont certaines seraient (pré) disposées à l'infection et à la dissémination,

A l'orée des années 1950, les études sur l'enfance, pour leur part, jusqu'ici largement dominées par les travaux des médecins, commencent à s'ouvrir à des disciplines relevant des sciences sociales comme l'anthropologie et la sociologie. La création du CIE et d'institutions internationales intervenant dans le champ de l'enfance ont subitement donné un regain d'intérêt aux études sur l'enfant qui, jusqu'ici constituait une grande énigme. Les études, dont plusieurs sont impulsées par les organismes internationaux, brassent des domaines variés.

Sont explorées parmi les recherches entreprises par le CIE la psychologie et le développement psycho-moteur de l'enfant africain, l'éducation sanitaire, le fonctionnement des services sociaux, les problèmes familiaux en milieu africain, la déviance, la nutrition. A partir de 1950, les études concernent les pathologies tropicales infantiles : diarrhées, du parasitisme intestinal, du paludisme, de la tuberculose, des tréponématoses, etc. Les recherches menées par le CIE sont complétées par l'organisation, de concert avec les organismes du système des Nations Unies, de conférences internationales où furent conviées des sommités scientifiques. Ainsi, un colloque sur les problèmes de l'enfance en pays tropical africain s'est tenu à Brazzaville du 8 au 13 décembre 1952. Sont visités, lors de la rencontre, les problèmes médicaux (mortalité infantile, influence des maladies parasitaires et infectieuses), les questions relatives à la nutrition des enfants (carences alimentaires et leur importance dans le développement de l'enfant), les problèmes psychologiques axés sur l'enfance africaine et son adaptation à des formes sociales nouvelles, les études démographiques (fécondité et natalité, études néo-natales (avortement, mortinatalité, mortalité infantile).

Le colloque consacré à la protection maternelle et infantile tenu à Dakar du 28 au 30 octobre 1957 dans le cadre des journées médico-sociales a exploré, à travers les communications des thématiques parmi lesquelles figurent un projet de réforme des curricula de l'enseignement médical présenté par le professeur Robert Debré, les buts et les tâches de la PMI et sa place dans les autres structures de la Santé publique (Jean Sénécal), l'importance de l'hygiène scolaire dans la protection de l'enfance (L. Aubry), le rôle du service social dans la protection maternelle et infantile (C. Faget), la portée de la lutte contre les maladies endémiques sur la PMI (le médecin général Richet).

A partir de 1960, suite à l'accession à la souveraineté internationale, l'Etat du Sénégal affiche une ferme volonté de renforcer la protection materno-infantile à l'échelle du territoire. Dans ce contexte démarre une série de conférences panafricaines dénommées. *Journées Africaines de Pédiatrie*. A Dakar, furent organisées les premières Journées africaines de pédiatrie du 12 au 16 avril 1960 sous la présidence du Professeur Robert Debré.

Sont examinés par les communications des domaines axés sur l'enfance : pathologies infantiles (diarrhées, infections diverses, parasitoses, paludisme, tuberculose, affections oculaires, etc.), carences nutritionnelles, vaccination par le BCG, l'éducation sanitaire, l'organisation des services sociaux, les rapports entre la PMI et la santé publique, les activités du centre pilote de Khombole, etc.

Au bilan, c'est durant la décennie 1950-1960 que fut produite une abondante littérature sur l'enfance africaine. Si les études, pour l'essentiel dominées par les cliniciens et le corps médical restent circonscrites autour des pathologies infantiles (diarrhées, infections diverses, parasitoses, paludisme, tuberculose, poliomyélite, affections oculaires, carences nutritionnelles, vaccination par le BCG), il faut bien admettre que quelques lucarnes s'ouvrent sur les sciences sociales. Ainsi, sont explorés par des sociologues et assistantes

sociales des domaines relatifs à la psychologie et au développement de l'enfant africain (Falade), les problèmes familiaux dans les milieux africains, l'hygiène scolaire, l'éducation des mères, l'organisation des services sociaux (L. Aubry).

La tendance vers l'ouverture aux sciences sociales s'affirme et se consolide après l'indépendance, notamment avec la création de la revue *Psychopathologie africaine (P.A)*. Fondée en 1965 par la Société de Psychopathologie et d'Hygiène mentale de Dakar (SPHMD), la revue *PA* se fixe comme objectif la diffusion et la vulgarisation des travaux relatifs à la psychiatrie, la Psychopathologie et l'Hygiène mentale en Afrique. Malgré l'importance des travaux des cliniciens, *Psychopathologie africaine* est grandement ouverte aux disciplines des sciences sociales (psychologie, sociologie, ethnologie, anthropologie) qui, seules pourraient permettre de cerner et comprendre le milieu et l'homme africains. Parmi les questions traitées, figurent les problèmes psychologiques relatifs à l'enfance africaine et son adaptation à des formes sociales nouvelles (urbanisation, nouveaux modes de vie, déviance, etc .

Outre les travaux de Henri Collomb, on peut citer ceux de Zempléni Andras « Sur l'alliance entre la personne et le rab dans le N'Döp », *Psychopathologie africaine*, 1967, III, 3, pp. 441-450 ; « La dimension thérapeutique du culte des rab (Ndöp, Tuuru et Samp : rites des possessions chez les Wolof et les Lebu) », *Psychopathologie africaine*, 1966, II, 3, pp. 295-439 ; « L'enfant Nit Ku Bon : un tableau psycho-pathologique traditionnel chez les Wolof et Lebu du Sénégal », *Psychopathologie africaine*, 1965, I, 3, pp. 329-441. A. Zempléni a publié plusieurs travaux relatifs aux croyances, pratiques thérapeutiques africaines, à la psychiatrie, la psychopathologie²¹.

21. On peut citer parmi les travaux : Zempléni, Andras, ed , *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*,. Paris : Société d'ethnographie de Paris, 1985 ; Zempléni, Andras, *Le*

S'inscrivant dans la même ligne, Jacqueline Rabain publia, à la fin des années 1979, un intéressant ouvrage sur l'enfant wolof²².

D'une manière générale, les travaux entrepris par les sociologues, psychologues et anthropologues depuis la fin des années 1960 ont exploré des domaines intéressants (croyances, coutumes, pathologies mentales, notion de maladie, ses causes, développement psycho moteur) qui, à l'évidence, ont élargi le champ des connaissances relatives à l'enfant sénégalais.

Ces études aussi intéressantes soient-elles, avaient pour but d'inventorier les méthodes psychothérapeutiques traditionnelles africaines afin de les concilier aux méthodes psychothérapeutiques modernes et, ce faisant, apporter des éléments de réponses à l'épineux problème des pathologies mentales en milieu africain. Surtout que les modifications des genres de vie, des habitudes sociales, économiques et culturelles induites par la modernité peuvent occasionner des déséquilibres affectifs et intellectuels chez les individus.

bâton de l'aveugle : divination, maladie et pouvoir chez les Moundang du Tchad, Paris : Hermann, 1972 ; « Quelques problèmes de méthode en psychopathologie africaine » in *Une anthropologie médicale en France*, Paris : C.N.R.S., 1983. - pp. 23-29 ; Contributions à l'ouvrage collectif "Prophétisme et thérapeutique" in *Prophétisme et thérapeutique* - Paris : Hermann, 1975. - p. 153-207, 239-257, 277-323 ; « Milieu africain et développement » in *Milieu et développement*, Symposium de l'Association de psychologie scientifique de langue française (Lille, 1970). - Paris : Presses Universitaires de France, 1972. - p. 151-217 ; « Exposer le sens : L'objet et le corps au musée anthropologique » in *Le débat*, 2000, n° 108, p. 96-114 ; « Savoir taire : du secret et de l'intrusion ethnologique dans la vie des autres », *Gradhiva*, n° 20, 1996. p. 23-41 ; « L'invisible et le dissimulé : du statut religieux des entités initiatiques », *Gradhiva*, n°14, 1993. p. 3-14 ; « Entre "sickness" et "illness" : de la socialisation à l'individualisation de la "maladie" », *Social Science and Medicine*, 1988, XXVII, 11, pp. 1171-1182 ; « Du dedans au dehors : transformation de la possession-maladie en possession rituelle », *International journal of psychology*, 1985, 20, pp. 663-679 ; « La "Maladie" et ses "causes" : introduction », *Ethnographie*, 1985, LXXXI, n° 96-97, pp. 13-44 ; « La "réhabilitation" magico-religieuse », *Psichiatria e psicoterapia analitica*, 1985, IV, 2, pp. 21-39 ; « Possession et sacrifice », *Le temps de la réflexion*, 1984, V, pp. 325-352 ; « Pouvoir dans la cure et pouvoir social », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1973, N° 8, pp. 141-178 ; « Le culte des Rab chez les Wolof et les Lebou (Sénégal) : une étude de cas ». Communication présentée au Colloque sur les cultes de possession in manuscrit, 23 p., fig. h.-t., annexe. Paris, 1968 .

22. Rabain J, *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*, Paris, Editions Payot & Rivages, 1979.

Au décours des années 1970, démarre timidement des travaux relatifs à l'histoire de la santé. La troisième phase, qui se consolide les décennies suivantes, est rythmée par la publication de nombreux travaux sur les maladies²³, les professions médicales²⁴ et les politiques sanitaires²⁵.

Ces études, d'une manière générale, ont contribué de manière significative à l'éclairage sur la connaissance de l'histoire médicale : description des maladies, distribution géographique, les initiatives des autorités sanitaires pour contenir les épidémies, les thérapies locales et modernes en œuvre, les acteurs et structures impliqués dans la gestion des épidémies.

On pourrait déplorer tout de même, parmi plusieurs de ces travaux, leur approche assez positiviste lorsqu'ils insistent plus sur la description des maladies au lieu d'insister sur leur impact au niveau économique, démographique, politique et social.

23. Pam, Adama Aly, "Fièvre Jaune et Choléra au Sénégal : Histoire des idées, pratiques médicales et politiques officielles entre 1816 et 1960", Thèse de doctorat, Histoire, UCAD, 2005.352 p. Dieng Mamadou Moustapha Dieng, *Les épidémies au Sénégal au XIXe siècle. (méthodologie et perspectives de recherches)*, Dakar, Université de Dakar, 1984, 47 p. (Diplôme d'Etudes Approfondies) Awa Ndoye, Contribution à l'histoire de la santé. Les pathologies cholériques dans les villes de Dakar et de Gorée au XIXe siècle. Les épidémies de 1869 et 1893, Université de Dakar, 1999, 153 p. (Mémoire de Maîtrise) Bruno Salléras, *La peste à Dakar en 1914 : Médina ou les enjeux complexes d'une politique sanitaire*, Paris, EHESS, 1984, 172 + LXXIII + 30 p. (Thèse de 3e cycle) Magatte DIOP *La syphilis au Sénégal : discours et pratiques des autorités coloniales, 1905 - 1960* Mémoire de maîtrise FLSH, Département d'Histoire, Année Universitaire 2007/2008 Maodo Gueye, *Les thérapeutes africains dans la gestion des épidémies de fièvre jaune et des MST à Dakar entre 1900 et 1970 : critique des sources et perspectives de recherche*, Dakar, Université Cheikh Anta Diop, 1999, 40 p. (Mémoire de DEA).

Guéye M, « Etude des épidémies à Dakar (1900-1945). Les mesures sanitaires, leurs préventions et leurs conséquences démographiques », [Mémoire de Maîtrise d'histoire], Université Cheikh Anta Diop, Dakar, 1995.

24. Aimée Grimaud Houémavo, *Les Médecins africains en AOF : étude socio-historique sur la formation d'une élite coloniale*, Dakar, Université de Dakar, 1979, 145 p. (Mémoire de Maîtrise) El hadji Mamadou Mbaye, *Étude d'une profession de santé : les infirmiers au Sénégal 1889-1968*, Bruno Salléras, *Les auxiliaires indigènes de la santé au Sénégal au début du XXe siècle : la formation d'une élite coloniale*, Paris, EHESS, 1982, 77 p. (Diplôme d'Etudes Approfondies).

25. A. Diop, *Santé et colonisation au Sénégal, 1895-1914*, Paris, Université de Paris I, 1982, thèse, doctorat 3e cycle.

Bruno Salléras, *La politique sanitaire de la France à Dakar de 1900 à 1920*, Paris, Université de Paris X, 1980, 168 p. (Mémoire de Maîtrise).

Le travail d'Elikia Mbokolo²⁶, novateur dans la production historique, réapprécie les démarches thématiques et méthodologiques. Renouvelant les problématiques historiques, Elikia Mbokolo convie les historiens à une réflexion sur la place des maladies dans l'histoire au lieu de s'atteler à faire l'histoire des maladies²⁷. Une telle approche novatrice suppose une réappropriation des « techniques d'investigation et des problématiques »²⁸ en étudiant les « maladies dans leurs rapports avec l'économie »²⁹ et les « pratiques et savoirs médicaux »³⁰. Ainsi, sous ce rapport, l'étude des pathologies en contexte colonial ne saurait faire table rase des conditions de mise en valeur (rails, routes, échanges), des migrations qui participent à la diffusion de maladies jusqu'ici circonscrites dans des espaces clos alors que les cultures de rente, les crises de l'environnement exposent les populations à une fragilité biologique qui ouvre la porte aux épidémies. En somme, le travail d'Elikia Mbokolo, fondateur, ouvre des perspectives novatrices pour la recherche historique africaine consacrée à la santé.

L'intéressant travail de Karine Delauney³¹, qui synthétise la recherche historique sur la santé en Afrique, appelle les chercheurs à « faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique »³². Insistant sur l'intérêt et l'apport de l'étude d'Elikia Mbokolo, l'auteur passe en revue les productions historiques des années 1980 marquées par un début du renouvellement des problématiques historiques tendant vers l'étude de l'histoire des maladies et de leur gestion au sein du

26. Mbokolo E, « Histoire des maladies, histoire et maladies : l'Afrique » ; in Augé M, Herzlich C, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* ; Edition des Archives Contemporaines, 1984, pp. 155 -186.

27. *Idem*, p.156.

28. *Ibid.*

29. *Idem*, p. 169.

30. *Idem*, p.176.

31. Delauney K, « Faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique : essai d'historiographie », *Outre-Mers*, T.93, No 346-347, pp. 7-46.

32. *Idem*.

rapport colonial. En somme, Karine Delauney en appelle à un « désenclavement des questionnements »³³ et un « recentrage sur les pratiques de santé »³⁴.

A partir des années 2000, des études historiques sur la santé et la nutrition des enfants sont menées au niveau du Département d'Histoire. On peut citer parmi ces travaux ceux de Mor Ndao³⁵.

Etudiant l'histoire de deux maladies de l'enfance³⁶, M. Ndao analyse la distribution géographique de la variole et de la rougeole dans la colonie du Sénégal, les réponses des populations locales ainsi que les politiques des autorités pour juguler ces pathologies révélatrices du péril sanitaire infantile.

Abordant les politiques de protection de l'enfance, M. Ndao, dans deux autres articles³⁷, revisite le contexte d'élaboration des politiques de santé infantile, motivé par des raisons d'ordre économique et la dangerosité d'une dépopulation des périphéries coloniales. L'auteur analyse les différentes trajectoires de la politique de santé infantile qui, lancée au décours des années 1920, connaît un ralentissement induit par l'état de guerre avant de suivre une vigoureuse

33. *Idem.*

34. *Idem.*

35. Parmi les travaux de Ndao M, on peut citer :

Contribution à l'étude de trois aspects important dans la survie de l'enfant : alimentation, état nutritionnel et santé infantiles (Sénégal, 1930-2000), CODESRIA, Dakar, 2003, 203p.

« La santé de l'enfant au Sénégal à l'époque coloniale. Le cas des Maladies éruptives : la variole et la rougeole de 1930 à 1960 », *Cahiers Histoire et Civilisations No 1*, Dakar 2003.

« Enfance et ordre colonial : la politique sanitaire au Sénégal : Discours et réalités (1930-1960) » in *Revue Sénégalaise d'Histoire* No 6, FLSH, UCAD, 2005.

« La malnutrition infantile en AOF : Le cas du Sénégal, 1930-1960. », *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines*, No 34, UCAD, Dakar, 2005.

« Colonisation et politique de santé maternelle et infantile au Sénégal (1905-1960) » *French Colonial History*, Volume 9, pp. 191-211, Michigan State University, 2008.

36. Ndao M., « La santé de l'enfant au Sénégal à l'époque coloniale : le cas des maladies éruptives : la variole et la rougeole de 1930 à 1960 », in Diop B. (dir.), *Les Cahiers Histoire et Civilisations*, n° 1, FLSH et Forut Média Centre de Dakar, 2003, pp. 85-95.

37. Ndao M., « Enfance et ordre colonial, la politique au Sénégal : discours et réalités (1930-1960) », in *Revue sénégalaise d'histoire*, n° 6, Dakar, 2004/2005, pp. 187-199.

« Colonisation et politique de santé maternelle et infantile au Sénégal (1905-1960) » *French Colonial History*, Volume 9, pp. 191-211, Michigan State University, 2008.

impulsion après le second conflit mondial grâce l'assistance de la communauté internationale.

Dans un de ses travaux, M. Ndao étudie la malnutrition infantile en AOF, en prenant le cas du Sénégal de 1930 à 1960³⁸. Avec le tableau nosologique des pathologies nutritionnelles (kwashiorkor, avitaminoses, anémies) dressé, l'auteur montre la prévalence de la malnutrition infantile, ses formes, sa distribution selon l'âge, les variations géographiques. Obsédée par les ravages de la malnutrition et le spectre du « péril démographique » susceptible de compromettre le projet colonial, les autorités coloniales, de concert avec la communauté internationale, initient des politiques pour juguler le fléau nutritionnel.

A l'instar de M. Ndao, des études novatrices ont été produites sur la santé des enfants en situation coloniale. L'article de M. M Dieng³⁹ consacré aux maladies des enfants en contexte colonial analyse les pathologies dominantes, à savoir le choléra, la fièvre jaune, la rougeole, la variole et la tuberculose avant d'examiner les initiatives du pouvoir colonial qui, pour l'essentiel, sont dictées par la préservation des intérêts coloniaux.

S'inscrivant dans la même perspective, Fatoumata Camara examine l'histoire de la rougeole en milieu rural (zone de Khombole) de 1956 à 1970⁴⁰. Sont abordés, dans son travail, la distribution géographique et par âge, les incidences sur la morbidité et la mortalité infantiles, les thérapies traditionnelles et modernes, les acteurs impliqués et l'impact du centre de PMI de Khombole dans la réduction des ravages de l'infection morbilleuse.

38. Ndao M., « la malnutrition infantile en AOF : le cas du Sénégal, 1930-1960 », in *Annales de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines*, n° 34, Dakar, 2004, pp. 107-128.

39. Dieng M. M., « Maladies des enfants et initiatives du pouvoir au Sénégal XIX^e-XX^e », in, Diop B. (dir.), *Les Cahiers Histoire et Civilisations*, n° 1, FLSH et Forut Média Centre de Dakar, 2003, pp. 75-83.

40. Fatoumata Camara, *Histoire d'une maladie infantile en milieu rural : la rougeole dans la zone de Khombole (1956-1970)* Mémoire de maîtrise FLSH, Département d'Histoire, Année Universitaire 2007/2008.

Papa El Hadji Amadou Diagne dans son travail consacré aux politiques de Protection Maternelle et Infantile au Sénégal de 1905 à 1960⁴¹ étudie les acteurs et structures impliqués dans la PMI, les trajectoires des politiques de PMI, leurs motivations, leur portée et limites.

Dans son mémoire de maîtrise⁴², Yves Mbar DIOUF aborde les acteurs féminins impliqués dans la prise en charge de la maternité, les accoucheuses traditionnelles et personnels sanitaires féminins au Sénégal de 1918 à 1968. L'auteur explore le statut et le rôle des « accoucheuses traditionnelles » (matrones) en milieu traditionnel et leur adaptation face à la médicalisation des naissances induite par la médecine moderne. Dans la seconde partie de son travail, Y.M. Diouf étudie le personnel paramédical moderne (sages-femmes, infirmières, infirmières visiteuses, assistantes sociales) et leur rôle dans la formation des matrones.

Le travail d'Yves Mbar DIOUF s'inscrit dans le même sillage que les études de Ngoné Guèye et El Hadji Mamadou Mbaye. Ngoné Guèye⁴³ examine l'évolution de la profession des sages-femmes au Sénégal de 1918 à 1968. Sont abordés le statut de sages-femmes auxiliaires africaines et de sages-femmes d'Etat, leur rôle dans la protection maternelle et infantile et la formation des matrones.

El H. M. Mbaye aborde, dans son mémoire de maîtrise⁴⁴ l'histoire de la profession d'infirmiers de 1918 à 1968. Sont examinées les différentes catégories d'infirmiers (infirmiers indigènes, auxiliaires, africains et les infirmiers d'Etat), leur rôle dans la protection materno-infantile.

41. Papa El Hadji Amadou Diagne *Les politiques de protection maternelle et infantile au Sénégal de 1905 à 1960* Mémoire de maîtrise FLSH, Département d'Histoire, Année Universitaire 2006/2007

42. Yves Mbar DIOUF *Accoucheuses traditionnelles et personnels sanitaires féminins au Sénégal de 1918 à 1968* Mémoire de maîtrise FLSH, Département d'Histoire, Année Universitaire 2009.

43. Guèye N., *op. cit.*

44. Mbaye E.-M., *op. cit.*

Dans le domaine de la maternité et de la protection de l'enfance en situation coloniale, le travail de Sokhna Kane Ndoye constitue une innovation majeure⁴⁵. Analysant la maternité et la protection de l'enfance sous la colonisation (1900-1960), Sokhna Kane Ndoye explore d'abord, en milieu lebou, la santé des femmes et des enfants en insistant sur la grossesse, les pratiques thérapeutiques et la place de l'enfant dans la société. Ensuite, elle étudie la politique coloniale en matière de PMI en insistant sur le processus de médicalisation des accouchements, la mise en place des structures de prise charge avant, enfin, de mettre en exergue les contributions privées.

Les productions historiques du département d'Histoire de Dakar relatives aux professions médicales apportent de précieux éclairages sur les catégories professionnelles, les acteurs impliqués dans la protection des mères et des enfants. On peut cependant déplorer le cloisonnement de ces études, leur « enfermement » exclusivement sur les professions étudiées alors que la réflexion sur les rapports avec d'autres catégories professionnelles aurait certainement dû éclairer davantage l'histoire des professions médicales et paramédicales. Ainsi, l'étude sur les infirmières visiteuses pourrait explorer leurs rapports avec le corps médical qui, dès les années 1930 sont rythmés de heurts et de conflits. Alors que leur mission assignée s'articule autour de la médiation entre le médical et le social, dans les faits, tout porte à croire que les infirmières visiteuses sont plus des relais que des médiateurs en ce qu'elles prolongent l'action médicale, technique et clinique en milieu indigène (vaccination, suivi des malades à domicile). On pourrait dès lors s'interroger sur leur rôle de médiateur et la portée sociale de leur action.

45. Ndoye S.K, *Femmes Lebou, maternité et protection de l'enfance sous la colonisation (1900-1960)*, Mémoire de DEA, Département d'Histoire, FLSH,UCAD, 2007.

Au total, le travail qui va suivre explore l'histoire des enfants et de leurs mères, de leur santé et de leur alimentation en situation coloniale. Or, ces questionnements ont, jusqu'ici, peu préoccupé les historiens africains. En vérité, les études sur les femmes et les enfants ont été pendant longtemps dominées par les recherches ethnologiques qui ont imprimé, dans ce domaine, leur méthode et approche. Dans ce contexte, pour l'historien engagé dans la recherche sur l'enfance et la maternité, il se pose un important problème lié aux sources, documents et matériaux, largement tributaires des approches ethnographiques. Cette donnée va, à coup sûr, constituer une des lacunes et limites de ce travail.

Pour les ethnologues, les sociétés africaines, avant le contact avec l'Occident, sont souvent perçues comme statiques et fermées sur elles-mêmes, sans contact avec l'extérieur. L'approche ethnographique tend ainsi à idéaliser les sociétés traditionnelles, les pratiques « africaines » (en fait rurales et pré modernes) souvent inscrites hors de la durée alors que les temporalités constituent un pilier fondamental de la démarche et recherche historiques. L'approche ethnologique, pour plausible qu'elle soit, appelle une analyse plus rigoureuse. En vérité, contrairement à une idée admise, les sociétés africaines ont été largement travaillées par des logiques et dynamiques « pré coloniales » endogènes et exogènes. Dans les faits, les contacts avec l'extérieur (monde arabo-berbère, Soudan occidental, l'islam, etc.) ont abouti, dans les sociétés sénégalaises, à des transformations qui virent de nouvelles entités et formations politiques et sociales comme nous le démontre, dans le cas du Galam (Gajaaga), Abdoulaye Bathily⁴⁶. Au contact de l'Europe consécutif au « triomphe de la caravelle sur la caravane chamelière », les mutations se poursuivent depuis les temps modernes (période de la « protocolonisation ») pour s'accélérer durant la période contemporaine avec la colonisation. Ainsi, ne serait-ce que dans le

46. Bathily A, Les portes de l'or. *Le royaume du Galam (Sénégal) de l'ère musulmane au temps des négriers (VIIIe – XVIIIe siècle)*, L'Harmattan, Paris, 1989, p. 11.

domaine médical, il est hors de doute que la médecine coloniale fut porteuse de progrès qui se manifestent dans les évolutions démographiques par des ruptures significatives.

III - COLLECTE DES DONNÉES ET PRÉALABLES MÉTHODOLOGIQUES

1. Les sources et leur valeur

a) *Les archives*

Parmi les instruments de recherche, on peut mentionner les inventaires qui ont été d'un apport appréciable. Il s'agit des travaux de :

Ciss M.O. (née Dadou) : *Répertoire des documents relatifs à la Santé élaborés au cabinet du gouverneur de la colonie du Sénégal (1817-1947)* ;

Maurel J.A. et Tendeng A. : *Répertoire de la série H (Santé AOF), sous-séries 1H et 2H*, Dakar, Archives du Sénégal, 1977 :

Mbaye S. : *Guide des archives de l'Afrique Occidentale Française*, Dakar, Archives du Sénégal, 1990 :

Ndiaye A.G. : « *Répertoire de la sous-série 2G : Rapports périodiques* ». 1^{ère} tranche (1895-1940) et 2^{ème} tranche (1940-1960), Dakar 1978 ;

Segealon G. : « *Répertoire des textes applicables en AOF* ». Mise à jour 1953, supplément année 1952 (rubrique Santé-Médecine-A.M.I), p. 293 à 300.
Les deux ouvrages de Charles Becker et René Collignon :

Becker C, Collignon R. : *Répertoire des textes législatifs et réglementaires relatifs à l'histoire de la santé au Sénégal de 1822 à 1960*.

Santé et population en Sénégambie des origines à 1960 : Bibliographie annotée, Paris, INED, 1989.

Ces inventaires constituent d'importants instruments de recherche.

En fait, les fonds d'archives du Sénégal Colonial (1817-1960) et de l'AOF (1895-1958), ceux de l'IMTSSA Le Pharo de Marseille, du Centre des Archives d'Outre Mer d'Aix en Provence et de la Bibliothèque Nationale de France François Mitterrand (B.N.F Paris) concentrent l'essentiel des matériaux historiques centrés sur la santé.

Deux séjours à l'IMTSSA (Pharo) de Marseille en août et septembre 2007 puis en juillet – août 2010 ont permis de collecter d'intéressantes informations sur la santé dans les colonies, les corps médicaux et paramédicaux impliqués dans la prise en charge des problèmes sanitaires. De volumineux dossiers consacrés à la PMI et au CIE livrent des informations sur la politique de PMI, les initiatives du CIE et des organismes pour la prise en charge des enfants et des mères, les pathologies infantiles, la malnutrition infantile dans les colonies, les sessions de formations destinées aux professionnels de santé, etc.

D'avril à juin 2007, un séjour au Centre des Archives Diplomatiques de Nantes⁴⁷ nous a permis de disposer de ressources archivistiques dont certaines sont relatives aux questions de l'enfance. Ainsi, les rapports des journées médicales de Dakar, des journées africaines de pédiatrie sont consignés dans le « Carton Dakar ». Il en est de même des études sur la situation des enfants, des politiques de protection de l'enfance après 1960.

Au Centre des Archives d'Outre Mer d'Aix en Provence visité en août 2007, nous avons exploré quelques dossiers notamment le dossier Fr CAOM, SENEGAL XI 49 à 51 qui renseigne sur les politiques sanitaires, les pathologies,

47. Ouvert en 1987, le Centre des Archives diplomatiques de Nantes (CADN) conserve les archives rapatriées des services extérieurs (ambassades, consulats, Instituts et Centres culturels français à l'étranger, représentations françaises auprès des organisations et commissions internationales), les archives des Protectorats Maroc et Tunisie et du Mandat Syrie Liban, ainsi que quelques séries d'archives de l'administration centrale.

les études du corps médical, etc. Les archives antérieures à 1920 ont été microfilmées, à l'exception de la série A (actes officiels) et de la série C (personnel).

Les archives de l'Institut de Pédiatrie Sociale dont certaines sont consignées au centre de PMI de Khombole concernent les activités du CIE (colloques, rencontres, études), des recherches, des revues et documents relatifs à l'enfance. Les archives du centre de PMI de Khombole, malgré leur état de détérioration avancée (qui méritent une sauvegarde) livrent des informations utiles (recherches menées dans la zone, revues et périodiques sur l'enfant en milieu tropical, etc).

A la Direction des Archives du Sénégal, l'essentiel des informations est pour l'essentiel consigné dans les séries H (santé) et G (politique et administration générale). Deux fonds renferment l'essentiel des informations relatives à notre domaine d'étude. Il s'agit des fonds Sénégal colonial (1817-1960) et AOF (pour la santé 1829 -1920 et 1920 -1959).

Pour l'A.O.F, les sous-séries 1H (affaires médicales) et 2H (affaires sociales) fournissent un luxe d'informations sur les questions sanitaires, les épidémies, les acteurs et structures en charge des questions sanitaires, les politiques des autorités en matière de santé, etc.

La série H (santé) du fonds Sénégal colonial (1817-1960) renseignent sur les correspondances des autorités impliquées dans la politique sanitaire, l'arsenal législatif (décisions, instructions, procès-verbaux du conseil sanitaire), les régimes sanitaires, l'assistance publique, les épidémies (surtout variole, fièvre jaune et peste).

La sous série 2G composée de rapports périodiques renseigne sur les rapports d'activités périodiques des principaux chefs d'établissement sanitaire du Sénégal pour les périodes (1895 1940) et (1941 1960).

Pour l'historien engagé dans l'exploration des archives, il s'agit de mettre ces règlements et données en contexte en se donnant les moyens de poser des questions, de s'interroger sur les acteurs des rapports et informations (les auteurs, les décisionnaires), leurs relations, leur position dans l'architecture administrative⁴⁸. Par ailleurs, le rapport aux données statistiques mentionné dans une source est aussi importante que les données statistiques elles-mêmes. Il s'agit, dans ce contexte, d'appréhender les rapports en amont en s'interrogeant sur les motifs et objectifs de leur production ; en aval se pose la question des mobiles de leur utilisation, comment elles sont utilisées.

Ainsi, au-delà des rapports, règlements ou « données », le travail de l'historien doit s'intéresser à la genèse des documents et aux argumentaires qu'ils développent ou dont ils sont le produit⁴⁹. Se posent dès lors la critique interne du document (nature, auteur, moment, contenu, silences) et la critique externe des sources (retracer la "chaîne de production" du document, rechercher les circulaires et les correspondances dans lesquelles il s'inscrit, etc.).

Les sources d'archives livrent de précieuses informations même si elles soulèvent plusieurs problèmes. Ainsi, les séries de données chiffrées livrées par les services sanitaires coloniaux soulèvent des problèmes. Ainsi, les cas de mortalité relevés ne prennent en compte que la létalité hospitalière et font souvent abstraction de beaucoup de décès. Aussi, note-t-on une forte sous-estimation dans les statistiques sanitaires.

48. Delauney K, « Vers une socio-histoire de la lutte contre la tuberculose au Sénégal », Séminaire Département d'Histoire, UCAD, 6.12.2007, p.11.

49. *Idem*, p.12.

Par ailleurs, les documents d'archives, en tant que moyen d'accès au réel et au passé constituant, en contexte colonial, des instruments de validation des politiques sanitaires. Se trouve dès lors interpellé le métier d'historien face aux archives et à l'archivage colonial même. Certes, les rapports périodiques (comme la sous série 2G, les enquêtes, monographies, recensements et statistiques peuvent fournir des éclairages, voire de sérieux renseignements sur l'organisation de l'Etat, le contrôle des populations et les modalités d'exploitation des territoires. Mais au-delà de ces précieux éclairages, il s'agit pour l'historien de penser les archives par une réflexion sur leur contexte, conditions de productions et leur usage. S'impose, dès lors une réflexion sur leur fonction, les destinataires des rapports, les auteurs et leur position dans l'architecture administrative. D'autant plus que, par un « effet aller-retour », les rapports, souvent soumis à l'appréciation des autorités supérieures, ont des répercussions sur la carrière de leurs auteurs.

Pour l'historien, penser les archives implique un changement de paradigme qui convoque le passage « de l'extraction à l'ethnographie des archives »⁵⁰. Cela suppose, autrement dit, une substitution de « l'archivage – comme – sujet » à « l'archivage – comme – source »⁵¹.

S'agissant des revues et périodiques, l'essentiel a été consulté à la Bibliothèque Centrale de l'UCAD où sont transférées une bonne partie des archives de l'Ecole de Médecine de Dakar.

Parmi les revues, on peut citer : *Les Rapports de l'Institut Pasteur*, *Annales de l'Institut Pasteur*, *Bulletin de l'Institut Pasteur*, *les Statistiques sanitaires de*

50. Stoler A, "Colonial Archives and the Arts of Gouvernance", *Archival Science*, 2, No 1-2, 2002, pp 87-109, p 92-93.

51. Lachenal G, *Biomédecine et décolonisation au Cameroun, 1944 – 1994. Technologies, figures et institutions.*, Thèse de Doctorat, Discipline Epistémologie, histoire des sciences et des techniques. UFR de Biologie. Ecole Doctorale Savoirs Scientifiques. Université Paris VII – Denis Diderot, 2006, p.47.

l'ONU, Annales Epidémiologiques de l'OMS, Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales, Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales, Médecine Tropicale, Bulletin Médical de l'AOF, Médecine d'Afrique Noire, Archives de Médecine Navale, Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, Annales de l'Institut Pasteur (Paris, France), Archives de Médecine et de Pharmacie navales (Paris, France) Bulletin du Comité d'Etudes Historiques et Scientifiques de l'A.O.F. (Dakar, Sénégal) Bulletin des sciences pharmacologiques (Paris) (1899-1942). Revue d'histoire de la pharmacie, etc.

La revue *Médecine Tropicale* créée en 1941 est un organe de liaison entre le ministère des Colonies, les grandes institutions scientifiques françaises (Institut Pasteur, Muséum d'Histoire Naturelle, Sociétés Savantes, etc.) d'une part et les organismes scientifiques « outre-mer » ainsi que le personnel médical en exercice dans l'espace colonial. Parmi les missions assignées à *Médecine Tropicale*, organe du corps de santé colonial confié à l'IMTSSA, figure la diffusion en métropole et à l'étranger aux fins de faire connaître l'immensité de l'Empire. Il s'agit pour la revue de mettre à jour des informations ayant trait aux pathologies exotiques par la diffusion de connaissances et découvertes. Les domaines explorés, variés et divers, embrassent la pathologie, l'anthropologie, l'anatomie, la physiologie, la pathologie comparée des races humaines.

Par ses connexions scientifiques et politiques, d'immenses opportunités sont offertes aux auteurs : reconnaissance par les sommités scientifiques, mais aussi par les autorités politiques, perspectives de carrières intéressantes. Parmi les auteurs, les chefs de service occupent une place centrale.

Au-delà des précieuses informations livrées par ces revues et périodiques et permettant de produire une contribution à la connaissance de plusieurs domaines sanitaires, une minutieuse critique s'impose.

L'étude consacrée à l'hygiène et à la santé par la CINAM (Compagnie d'Etudes Industrielles et d'Aménagement du Territoire) et l'ORANA entre 1959 et 1960 avec une équipe de chercheurs sur la base d'enquêtes de terrain très détaillées constitue une performance et une référence de taille et fournit un luxe de détails relatifs à la santé de l'enfant. Une autre étude effectuée par la MISOES (Mission Socio-économique du Fleuve Sénégal) en 1958 livre des statistiques et des renseignements intéressants ayant trait à la morbidité et à la mortalité infantiles dans la vallée du fleuve Sénégal

b) Les statistiques

Le traitement de l'information sanitaire dans les colonies peut constituer, à n'en pas douter, un sérieux écueil pour l'historien. D'une manière générale, les statistiques sanitaires, extraites pour l'essentiel de la nomenclature nosologique sommaire sont certainement en dessous de la réalité et ne donnent qu'une idée imprécise de l'incidence de la morbidité et de la mortalité, notamment en zone rurale.

Dès lors, quel crédit accorder aux séries de données chiffrées livrées par les services sanitaires ? Outre leur sous-estimation (taux de morbidité et de mortalité) et leur discontinuité liée aux ruptures dans la collecte des données, se pose le problème de la véracité des informations et des statistiques dont la rigueur et la fiabilité peuvent être fonction des préoccupations de leurs auteurs. Il s'y ajoute que le personnel médical (sages-femmes, auxiliaires, matrones, infirmières visiteuses, médecins) chargé de l'exécution des enquêtes et de la collecte des données n'était pas préparé à cette tâche. C'est la raison pour laquelle les statistiques élaborées et formées par les services de santé, doivent être manipulées avec beaucoup de précautions.

Dans les faits, « les statistiques ne sont pas l'œuvre de statisticiens confirmés »⁵². De sorte qu'« elles sont difficiles à établir dans un pays (le Sénégal) où la majorité de la population n'a pas d'état civil et beaucoup de chiffres donnés sont sans valeur »⁵³. Ce faisant, l'insuffisance des outils⁵⁴ et du mode de gestion des données statistiques, démographiques (primauté des produits statistiques au détriment des processus de production) produisent un « savoir tronqué »⁵⁵.

Dans ce contexte, on peut comprendre, pour le chercheur, les « difficultés à utiliser les statistiques de natalité et de mortalité infantile en raison de leur manque d'uniformité (...) car établies sur des modèles les plus divers variant non seulement d'une colonie à une autre, d'un endroit à un autre, mais presque avec chaque médecin »⁵⁶. Il faut attendre la création d'une section coloniale du Comité Nationale de l'Enfance le 8 avril 1937 pour voir une nouvelle impulsion donnée à la protection materno-infantile ainsi qu'à une plus grande rigueur dans la gestion des statistiques de natalité et de mortalité infantiles.

Cependant, le personnel paramédical surtout (sages-femmes, auxiliaires, matrones, infirmières visiteuses, médecins, assistantes sociales) chargé, le plus souvent de l'exécution des enquêtes et de la collecte des données n'était pas, la plupart du temps, préparé à cette tâche. Aussi, les statistiques élaborées et formées par les services de santé, particulièrement l'Assistance Médicale Indigène (AMI), doivent-elles être manipulées avec beaucoup de précautions. Il faut attendre l'après – guerre pour que se constituent d'abord avec la Mission Anthropologique puis avec l'ORANA à partir de 1952 des données statistiques et des séries assez homogènes consignées dans les rapports de ces deux organismes.

50. ANS 1H102(163).

51. ANS 1H102(163). Lettre N° 2628 du 22 /12/1952. Pr Jean SENEAL, IHE de Dakar à Gouverneur Général.

52. Cantrelle P 1997, « L'état civil en Afrique occidentale : un long malentendu », *AOF : réalités et héritages* op cit pp 981-983, p. 981.

53. Gervais R 1997, « Etat colonial et savoir démographique en AOF, 1904-1960 », *AOF : réalités et héritages* op cit pp 961-980, p. 962.

54. ANS 1H102(163). Circulaire N° 14-2/S du 08 Avril 1937, Gouverneur Général.

D'ailleurs, les besoins en personnel qualifié nécessitent la formation et le recyclage du personnel médical (Marseille en 1952 et Dakar en 1954) suite aux accords d'assistance technique entre la France et les organisations internationales du système des Nations Unies (FAO, OMS, UNICEF) dans le cadre des programmes de lutte contre la malnutrition. Autant d'initiatives concourant à une gestion plus fiable des statistiques (plus grande valeur scientifique, rigueur au niveau des méthodes utilisées).

En vérité, jusqu'aux années 1920 – voire même au-delà – les statistiques sanitaires, centrées pour l'essentiel sur les villes et les Européens, agents de diffusion des normes et valeurs occidentales, ignorent, dans la plupart des cas, les indigènes et le monde rural. Les statistiques, circonscrites pour l'essentiel dans les grandes formations sanitaires, ignorent souvent royalement la prévalence des endémo épidémies en milieu rural. Le docteur Delom reconnaît les limites des informations sanitaires lorsqu'il affirme que : « la publication des statistiques hospitalières des grands centres laisse un peu dans l'ombre la réalité de l'existence de cas semblables dans les formations sanitaires de moindre importance et dans les postes de brousse »⁵⁷. Autant dire que les statistiques pêchent toujours par défaut et jamais par excès du fait de leur forte sous évaluation. Dans ces conditions, on peut comprendre que les statistiques sanitaires dissimulent plus qu'elles n'informent.

Dans ce contexte, quelle valeur accorder aux statistiques sanitaires en général, particulièrement les informations relatives à la morbidité ainsi qu'à la mortalité ? D'autant plus que l'augmentation du nombre de cas, relevée souvent entre deux séquences chronologiques dans les statistiques sanitaires semble du

57. Delom P, « Tétanos post sérique chez l'indigène », *Médecine Tropicale* 1943, No 6, pp. 471-263, p.479.

reste, plus traduire un meilleur rendement et une efficacité accrue des services de dépistage qu'une progression réelle de l'affection durant la période.

Parlant de la tuberculose, les docteurs Bergeret et Roustaing soutiennent que les « chiffres ne sont qu'un reflet de l'endémie tuberculeuse. Ils ne concernent pas les autres localisations de la maladie. »⁵⁸. Le Dr. Merveilleux, pour sa part reconnaît lui-même les limites des statistiques démographiques, lorsqu'il affirme : « J'ignore si les jugements portés jusqu'à présent sur les conditions de vie des populations sénégalaises sont basées sur des statistiques rigoureuses, ou simplement sur des données plus ou moins générales et vagues, »⁵⁹.

Pourtant, les docteurs. G. Lefrou et M. Gallard attirent l'attention des autorités sanitaires de la colonie sur l'importance des données démographiques dans la bonne marche des services d'assistance aux populations dès l'instant qu'elles permettent de « connaître pour agir ».⁶⁰

C'est après la mise en place des services d'assistance, notamment l'AMI qu'une impulsion est donnée aux statistiques sanitaires compte tenu de leurs enjeux et implications dans la bonne marche de l'entreprise coloniale.

En effet, la conception de la biomédecine et de sa pratique aux colonies durant cette période reposait sur la comptabilité des consultations mensuelles, trimestrielles et annuelles. Il s'agissait, dans l'optique du pouvoir colonial, de mesurer, grâce aux chiffres (statistiques), les progrès des comportements des indigènes et leur degré d'adhésion à la médication occidentale et à son

58. Bergeret C, Roustaing M, « Note sur la tuberculose pulmonaire à Dakar », *BMAOF* 1946, Tome III, Fascicule 2, pp.247-251, p. 251.

59. Dr.Merveilleux, « Notes démographiques et protection de l'enfance à Saint-Louis », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales* 1906, Tome 9, pp. 132-139, p.132.

60. Lefrou G., Allard M, « Une décade démographique (1921 – 1930) à Saint Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortinatalité, mortalité infantile », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales* 1932, Tome XXX, pp. 406 – 427, p.406.

efficacité.⁶¹ Aussi, s'agissait-il, durant cette période de « conversion », non seulement de comptabiliser et de soigner les Africains, mais aussi et surtout de mesurer le degré de pénétration de la médecine coloniale.

Cependant, s'il est admis que le processus de constitution des statistiques peut compromettre l'efficacité médicale (gaps, sous estimation, etc.), il n'en demeure pas moins vrai qu'au niveau administratif, d'autres critères qui entrent en jeu - degré de soumission à la hiérarchie, périodicité des rapports - sont déterminants dans la carrière des auteurs.

Une critique des sources s'impose tant les statistiques élaborées et formées par les services de santé, doivent être manipulées avec beaucoup de précautions. En effet, la littérature administrative coloniale, outre sa discontinuité liée aux gaps et ruptures dans les données, pose le problème de la véracité des informations et des statistiques dont la rigueur et la fiabilité sont fonction de leurs auteurs.

Produites pour des considérations d'ordre pratique, les statistiques, technologie de gouvernement, sont souvent des moyens et des outils de validation de la politique sanitaire qui peuvent éclairer sur le contrôle de population, les modalités de mise en valeur des colonies et les formes d'organisation de l'administration. Dès lors, s'impose, pour l'historien, une réflexion sur leur contexte et conditions de production, leurs motivations, leurs auteurs et leurs destinataires.

61. Dozon J.P, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences Sociales et Santé*, vol. III, No 3-4 novembre 1985, p.30.

c) Les sources orales

L'importance des sources orales dans l'histoire africaine n'est plus à démontrer dès lors que les sociétés sont largement travaillées par l'oralité. En outre, les sources orales peuvent éclairer grandement les sources d'archives pour l'essentiel produites par les autorités coloniales.

Les entretiens ont été menés auprès de professionnels de santé ayant exercé au Sénégal et de personnes âgées disposant d'une certaine expérience de la maternité, des modalités de gestion de la grossesse, de la prise en charge de l'enfance.

A Marseille, nous avons mené des entretiens auprès des professeurs Marc Sankalé et Pierre Pène qui ont exercé aussi bien durant la période coloniale qu'après l'indépendance. Partisans de la médecine sociale, ils ont été des acteurs qui ont mis en place la PMI au Sénégal. Leurs témoignages ont été d'un apport inestimable sur les politiques sanitaires, la lutte contre la morbidité et la mortalité infantiles, la portée et les limites de la PMI, etc.

D'autres entretiens ont été entrepris dans les régions de Dakar, Thiès, Ziguinchor, Diourbel et Kaolack. Sont ciblées les personnes âgées dont certains, avec enthousiasme, ont bien voulu répondre à nos questions.

La maternité et la grossesse étant des domaines sensibles, gérées souvent en milieu africain par les femmes, on a été obligé de nous reporter sur certaines de nos étudiantes qui ont bien voulu, avec des questionnaires, procéder à de entretiens auprès de vieilles femmes. Ces entretiens ont éclairé sur les interdits, croyances, comportements, régimes durant la grossesse, l'enfance, les thérapies locales pour certaines maladies de l'enfance, etc.

En somme, la conjonction des sources écrites et orales permet à l'historien d'épouser une approche « polysources » à même d'appréhender la vérité historique.

2 - Approches méthodologiques

La minutie de l'analyse suggère un usage raisonné des approches pour mettre à profit leur complémentarité. Il s'agit donc, de solliciter plusieurs approches et courants différents au lieu d'insister sur leur opposition. La démarche est basée sur la recherche méthodique bibliographique et en archives puis l'exploitation des données et contenus, l'analyse des sources disponibles (archives, monographies, enquêtes cliniques, cartes épidémiologiques) pour aboutir à un éclairage sur le processus de prise en charge des pathologies de l'enfance.

S'inscrivant dans une perspective des *Colonial Studies*, il s'agira de considérer les colonies et la métropole comme un ensemble, un tout au lieu de les dissocier⁶². Sous ce rapport, l'histoire de la médecine aux colonies ne saurait être séparée des grandes tendances de la politique sanitaire, des idées, technologies et pratiques médicales en métropole⁶³. L'étude de l'histoire de la santé suggère ici une connexion entre métropole et colonies mais aussi une intégration de l'histoire de la médecine aux colonies dans l'histoire de la l'Empire et de la médecine de manière plus globale. Surtout que les idées, les technologies et pratiques médicales circulent dans les deux sens⁶⁴.

62. Stoler A, "Colonial Archives and the Arts of Gouvernance", *Archival Science*, 2, No 1-2, 2002, pp 87-109, p 92-93.

63. Lachenal G, p. 44.

64. Cooper F, Stoler A.L, "Between metropole and colony : rethinking a research agenda", in Cooper F, Stoler A.L (eds), *Tensions of e empire: colonial culture in a bourgeois world*, University of California Press, Berkeley, London, 1997, pp.1-56.

Dans une telle perspective, les périphéries coloniales ne sauraient être conçues comme des espaces amorphes et réceptifs, travaillés par l'inertie et « déconnectés » de l'Empire et du monde⁶⁵. Que l'on songe à l'utilisation du terrain africain pour la recherche, l'expérimentation et la validation de théories scientifiques. Terrain qui, du reste, va propulser des chercheurs dans les plus hautes sommités scientifiques mondiales avec des lauréats du prix Nobel de médecine comme Charles Nicolle⁶⁶ et Laveran⁶⁷. Le vaccin contre la fièvre jaune n'a-t-il pas été découvert à Dakar ?

L'étude est basée sur la collecte, l'analyse et l'exploitation de sources archivistiques, bibliographiques et d'entretiens auprès d'acteurs, de professionnels de santé ayant exercé au Sénégal, de personnes âgées disposant d'une certaine expérience de la maternité, des modalités de prise en charge de la grossesse et de l'enfance.

IV – PRÉSENTATION DE LA COLONIE DU SÉNÉGAL

Ce travail ancré sur le Sénégal rend compte de l'interaction entre les conditions alimentaires et sanitaires des enfants et la politique coloniale.

A l'orée du XXe siècle, la colonie du Sénégal revêt une importance particulière

65. Lachenal, p.30

66. Charles Jules Henri Nicolle (1866 - 1936), pastorien est un médecin et microbiologiste français. En 1903, il prend la direction de l'Institut Pasteur de Tunis qu'il dirige jusqu'à sa mort. Témoin d'une épidémie de typhus exanthématique qui sévit dans Tunis, il parvient, avec son équipe à démontrer en 1909 que le pou constitue l'agent vecteur de la maladie. Il conclut, à partir de ses recherches qu'avec de simples actes d'hygiène et l'éradication du parasite on peut assurer la prophylaxie et sauver des vies. En reconnaissance de ses travaux, il reçoit le prix Nobel en 1928 avant d'être élu membre de l'Académie des sciences l'année suivantes.

67. Charles Louis Alphonse Laveran, (1845-1922) est un médecin militaire et parasitologue français, pionnier de la pathologie exotique ou médecine tropicale. Il découvre en 1880, le protozoaire responsable de l'infection paludéenne. Pour la première fois était mis en évidence que les protozoaires pouvaient être la cause de maladies. En 1907, Laveran obtient le Prix Nobel de médecine en reconnaissance de ses travaux dont l'essentiel fut mené en Afrique notamment à Biskra et Constantine en Algérie.

On voit bien, à travers ces exemples que l'Afrique, laboratoire de recherche, d'expérimentation et de validation fut, à bien des égards, une opportunité pour les pastoriens et pour la science.

pour les autorités métropolitaines. Siège du Gouvernement général de l'AOF institué par le décret du 16 juin 1895 avec Saint-Louis comme capitale, le Sénégal représente un exemple typique de mise en valeur coloniale. Avec le transfert de la capitale fédérale à partir de 1902 à Dakar, le XXe siècle s'ouvre, pour le Sénégal, comme une période de croissance et de prospérité avec une progression sensible du volume des transactions commerciales transitant dans les différents ports de la colonie.

Le trafic ferroviaire au début du XXe siècle, marqué par un développement continu passe à 158 039 t en 1901, soit une augmentation de 43 819 t par rapport à 1900⁶⁸. La même tendance est observée pour le mouvement commercial de la colonie marqué par l'ampleur du trafic notamment au niveau du port de Dakar où s'effectuait l'essentiel des échanges. De 1902 à la veille de la guerre (1913), le mouvement commercial a plus que doublé ; il passe ainsi de 74 756 208 F à 161 008 620 F, soit une plus value de 160 933 864 F⁶⁹.

La fréquentation favorisa du coup l'extension du rôle de Dakar comme port d'escale. Ainsi, le trafic, de 5 355 851 t en 1913, passe à 4 005 968 t l'année suivante ; en 1915, il est de 4 733 431 t avant de monter en flèche en 1916 avec 1 118 192 t. Le trafic a doublé entre 1913 et 1916.

L'évolution du mouvement commercial du Sénégal dans les trois premières décennies indique une tendance ascendante. En effet, le volume de la valeur des transactions commerciales passe de 77 879 133 Francs en 1905 à 161 008 42 en 1913. Même en pleine guerre, hormis un léger fléchissement en 1915, l'évolution est positive. Une décennie plus tard, la tendance se renforce sensiblement. Ainsi, à la veille de la crise économique des années 1930, la santé de l'économie de la colonie est perceptible à travers le volume de la valeur des

68. ANS 2G 16/4 : Sénégal. Rapport d'ensemble 1916.

69. *Ibid.*

transactions commerciales. Ainsi en 1926, il est estimé à 1 795 944 653 Francs, chiffre jamais atteint jusqu'ici⁷⁰.

Le Sénégal représente une exploitation coloniale dont l'économie est bâtie autour d'un produit : l'arachide. Ainsi, spécialisé dans la production d'arachide, il commercialise des quantités de plus en plus importantes : 46792 tonnes en 1893, 140 922 en 1900, 227 299 en 1910, 303 067 en 1915, 246.000 tonnes en moyenne entre 1900 et 1929, 404.000 tonnes entre 1930-1934, 540.000 tonnes entre 1935-1939⁷¹.

Pour l'A.O.F, l'impulsion devait venir de la culture arachidière au Sénégal et du développement de Dakar la capitale. Cela devait se concrétiser par l'équipement industriel de Dakar, troisième port français dans les années 1930.

A la fin du XIXe siècle, alors qu'en Europe la pasteurisation semble presque achevée, dans les colonies africaines réputées très mortifères, beaucoup reste à faire. Toutefois dans le cadre administratif, s'opèrent des avancées notables avec la professionnalisation de la médecine coloniale suite à la création en 1890 d'un corps de médecins au sein des troupes coloniales. Dès lors, les terres africaines, réputées naguère « tombeau de l'homme blanc » deviennent un véritable enjeu pour les puissances coloniales⁷² engagées dans la pacification et la domestication sanitaires des contrées tropicales africaines, condition préalable à la maîtrise de ces « étranges maladies » exotiques⁷³.

C'est dans ce cadre qu'il faudrait comprendre l'érection d'un laboratoire à Saint-Louis en 1896, son transfert à Dakar en 1913 et sa transformation à partir

70. *Ibid.*

71. *Ibid.*

72. Dozon J-P, « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'Etudes Africaines* XXXI (1-2), 121-122, 1991, pp.135-158, p.136.

73. Lapeyssonnie, *La médecine coloniale. Mythes et réalités*, Paris, Seghers, 1988, pp.38-67.

des années 1920 en une filiale de l'Institut Pasteur de Paris. Dès lors, les colonies offrent des opportunités et des perspectives de carrière pour les médecins du corps de santé des Troupes coloniales, surtout pour les pastoriens qui disposent d'un terrain précieux pour la recherche, et la validation de théories.

Si, dès le XIXe siècle, furent créées les premières institutions sanitaires avec le conseil de santé en 1841 et les commissions sanitaires en 1859, il faut attendre le début du XXe siècle pour voir la mise en place d'une organisation sanitaire au niveau législatif, administratif et infrastructurel.

Le décret du 4 novembre 1903, portant organisation des services de Santé dans les colonies structure la santé dans les territoires constituant l'AOF. Au niveau institutionnel, est créée une inspection des services sanitaires et civils dont la mission s'articule autour de l'étude technique des domaines relatifs à la santé et à l'hygiène. Durant la même période est déclenché le processus de médicalisation des sociétés africaines qui se concrétise par la volonté de plus en plus affichée des autorités en charge de la colonie d'extension des soins aux indigènes.

La volonté affichée d'extension des soins à la population africaine trouve un puissant signal avec le décret du 14 avril 1904 relatif à la protection de la santé publique en AOF qui insiste la nécessité de « régler la protection de la santé publique et d'armer les autorités locales des pouvoirs indispensables en vue de sauvegarder la santé des colons et des indigènes »⁷⁴.

La mise en place d'une politique sanitaire et son glissement progressif d'une médecine individuelle et curative (axée sur les soins et la protection des expatriés) semble dictée par la nécessité de rentabiliser l'espace colonial. En effet, une fois assurée la survie de l'élément européen dans ces milieux hostiles, restait, pour la rentabilisation de colonies, la mobilisation d'une main d'œuvre

74. *Bulletin Administratif du Sénégal*, 1904, p. 270.

en quantité et en qualité, autrement dit, saine et abondante.

Or, l'enquête présentée par l'Inspection des Services Sanitaires et Civils, initiée par la circulaire du gouverneur général Roume en date du 5 avril 1905⁷⁵, constate, amer, un taux de mortalité très élevé dans les colonies de la fédération. Celui-ci résulte, d'après l'enquête, de deux principaux facteurs⁷⁶.

D'une part, les maladies banales induites par la pauvreté, le manque d'hygiène, l'insalubrité et, d'autre part, les pathologies parmi lesquelles émergent la tuberculose et les maladies vénériennes (syphilis). En outre l'enquête incrimine, au second niveau, les maladies endémiques spécifiques au milieu : bérubéri, lèpre, trypanosomiase, paludisme. Pour les autorités, il est certain que ces endémo épidémies représentent l'entrave majeure à l'exploitation des territoires.

C'est sur la base des conclusions du rapport issu de l'enquête que Roume, Gouverneur général de l'AOF, prend un arrêté en date du 8 février 1905 créant en AOF un service d'Assistance Médicale Indigène (AMI) chargée de prendre en charge les maladies courantes, de vulgariser la vaccine et de lutter contre la forte mortalité indigène, particulièrement infantile.

La création la même année du service d'hygiène par l'arrêté du 5 juin 1905 et, trois ans plus tard de l'Inspection des Services Sanitaires et Civils transformée en Inspection des Services Sanitaires et Médicaux en 1913 jette les bases d'un « gouvernement sanitaire » colonial qui, au fil temps, devint le bras séculier du ministère des Colonies en matière de santé.

Toutefois, si, dans les deux premières décades du XIXe siècle, l'architecture sanitaire se dessine, sous-tendue par une politique sanitaire de plus

75. JOS Arrêté créant un service d'Assistance médicale indigène en AOF, 1905, p. 84.

76. Voir Gallay H 1909, *Trois années d'assistance médicale aux indigènes et la lutte contre la variole : 1905, 1906, 1907*. Paris Larose, ISSC, Gouvernement Général de l'AOF.

en plus préoccupée par l'extension des soins aux populations africaines, il faut bien admettre que la prise en charge de la santé materno-infantile fut relativement récente. Dans les faits, l'analyse de la trajectoire des politiques sanitaires met en évidence la mise en place, timide à partir de 1905 puis systématisée dès les années 1930, d'une nouvelle politique sanitaire de prévention et d'intervention progressivement orientée vers la médecine de masse ainsi que la prise en compte des enfants et des mères par les pouvoirs publics dans les priorités médicales⁷⁷.

En effet, jusqu'aux années trente, l'œuvre sanitaire et l'action médicale se limitèrent, pour l'essentiel, à la recherche d'une prophylaxie scientifique centrée sur la nosologie et la nosographie des infections. Les progrès réalisés dans l'étiologie et l'épidémiologie, l'essor de la microbiologie et de l'entomologie déterminèrent, dans une certaine mesure, la politique coloniale de santé publique axée sur la gestion de l'espace, la lutte contre les agents vecteurs et les maladies relevant de l'arsenal de la pathologie exotique⁷⁸.

En dépit des initiatives prises à partir des années 1920, devant la gravité des problèmes alimentaires qui revêtent une importance capitale pour le développement et le devenir des colonies et face aux impératifs de mise en valeur coloniale, il importait d'inverser la tendance démographique en ciblant les facteurs du fléchissement avant de prendre des mesures appropriées pour redresser la situation. Dans ces conditions, il s'agissait dès lors, pour l'administration coloniale, d'orienter l'action sanitaire et médicale ainsi que la recherche vers la résolution de l'épineux problème de la mortalité et de la morbidité des enfants et des mères par la mise en place de services de

77. Ndao M., « Enfance et ordre colonial : la politique sanitaire au Sénégal. Discours et réalités (1930-1960) » *Revue Sénégalaise d'Histoire* No 6, FLSH, Dakar 2005.

78. J.P. Bado, « La Santé et la Politique en AOF et à l'heure des Indépendances (1939-1960) » in : *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, s/d Becker (C), MBaye (S), Thioub (I), pp 1243-1259, p.1247. Direction des Archives du Sénégal Dakar 1997.

puériculture, de centres de protection maternelle et infantile.

V - PLAN DE L'ÉTUDE

Le présent travail, qui se donne comme objectif de contribuer à la connaissance de l'histoire sanitaire du Sénégal, propose une approche historique des questions de santé et les modalités de prise en charge des enfants. Aussi, jugeons-nous nécessaire d'étudier d'abord l'état nutritionnel des enfants pour mieux mettre en exergue ses relations avec la santé avant d'analyser les pathologies prioritaires, la politique sanitaire et d'action sociale des pouvoirs coloniaux en faveur de l'enfance. Le présent travail est composé de trois parties subdivisées en une dizaine de chapitres.

La première partie examine d'abord le régime indigène consistant, pour l'essentiel, en nourritures céréalières végétales. En vérité, les populations vivent au régime des céréales et de leurs sous-produits. Avoir de quoi vivre pour les populations, c'est disposer de son mil ou de son riz.

Toutefois, le régime alimentaire traditionnel, à base de mil, a subi des mutations liées à la combinaison et à l'influence de plusieurs facteurs : urbanisation, rareté du mil dans les grandes villes occasionnée par l'absence de surplus dans les campagnes à cause du développement de la culture arachidière, introduction du salariat, etc. L'ensemble de ces facteurs se conjugue pour occasionner des transformations dans les habitudes alimentaires de la population africaine.

Les dynamiques alimentaires se trouvent aggravées par les fluctuations saisonnières induites par la soudure qui soumet à rude épreuve les populations vulnérables (femmes gestantes ou allaitantes, enfants). En effet, à la période des récoltes et d'une aisance relative, succède d'abord un moment de carence en apports qualitatifs puis une étape de soudure qui se manifeste par un déséquilibre

« entre la ration alimentaire et les activités du moteur humain »⁷⁹. Avec la soudure le rythme saisonnier fait alterner des périodes d'abondance en denrées alimentaires qui, au fil du temps, cèdent la place à des moments de pénurie. Période de « disette saisonnière », la soudure a des répercussions sur la santé des mères, la croissance des nourrissons et l'état nutritionnel des jeunes enfants.

Dès la fin du second conflit mondial, des études ont établi la corrélation entre l'état nutritionnel des femmes gestantes ou allaitantes et les fluctuations des rythmes saisonniers marquées par une alternance de périodes d'abondance et des moments de pénuries et de soudure caractérisés par des carences vitaminiques saisonnières fâcheuses sur l'état sanitaire maternel et infantile. C'est au cœur de l'hivernage que les consommations alimentaires connaissent leur niveau d'étiage du fait de la soudure, plus accentuée en zone rurale qu'en milieu urbain et qui expose davantage les jeunes enfants, cibles privilégiées de la malnutrition.

Pourtant, jusqu'à l'âge de 6 mois, l'état nutritionnel du nourrisson, d'une manière générale est souvent normal du fait des apports du lait maternel. En vérité, l'universalité de l'allaitement maternel dans les sociétés africaines, les soins particuliers accordés au nouveau-né considéré comme une richesse de la communauté confère au petit enfant, dans le premier semestre de sa vie, un état sanitaire et nutritionnel souvent normal. Toutefois, des études ont montré qu'à partir de cet âge, en l'absence d'aliment de complément, sa courbe de croissance s'infléchit pour tendre, le plus souvent, vers des troubles nutritionnels (malnutrition fruste ou franche, dénutrition).

Une telle situation se trouve, dans la plupart du temps, aggravée par le sevrage qui constitue une étape décisive et délicate dans la survie de l'enfant.

79. Palès, *op. cit.*, p.50.

Période critique, le sevrage se conjugue avec l'apparition de troubles nutritionnels aigus et de handicaps difficiles à résorber au cours de la croissance. En somme, la rupture introduite par le sevrage est caractérisée par des signes de malnutrition qui apparaissent en général après l'âge de 8 mois et passent par un maximum après le sevrage. Une telle tendance, mise en évidence par plusieurs études, établit une forte corrélation entre l'alimentation, le sevrage, l'état nutritionnel et la santé infantile. D'ailleurs, c'est après le sevrage qu'apparaissent, la plupart du temps, les pathologies nutritionnelles.

Au Sénégal, outre l'inégale distribution des pathologies nutritionnelles à l'échelle du territoire, l'analyse des carences nutritionnelles les plus fréquentes signale la malnutrition protéino-énergétique dont la forme la plus répandue reste le kwashiorkor, les anémies nutritionnelles et les avitaminoses A.

A la convergence du discours autour du péril alimentaire susceptible de compromettre le projet colonial, répond, dès la fin du second conflit mondial, la mise en place d'un ensemble d'initiatives aux fins de résoudre l'épineux problème de l'insécurité alimentaire. Cependant, la politique alimentaire des autorités coloniales se trouve compromise par des carences qui entravèrent, dans bien des cas, la réalisation des objectifs fixés par les différents programmes. En vérité, la lutte contre la malnutrition, dans bien des cas, obéissait à la rentabilisation des colonies et la reproduction de la force de travail.

La deuxième partie structurée en cinq chapitres explore l'évolution de la morbidité et de la mortalité des enfants dans la colonie de 1905 jusqu'à l'orée des années 1960. Elle examine les maladies virales dont certaines, spécifiques à l'enfance à l'image de la rougeole et de la poliomyélite constituent de véritables moissonneuses de vies infantiles. L'analyse des sources d'archives indique que c'est sur le tard, au décours des années 1920 que les autorités sanitaires intègrent les maladies de l'enfance dans les priorités. Le contexte des années 1920 est

marqué par l'émergence d'un discours autour de la dégénérescence de la race noire qui postule, à priori, la protection des femmes et des enfants afin de préserver l'avenir démographique des périphéries coloniales.

Le cinquième chapitre de la deuxième partie étudie les pathologies parasitaires comme le paludisme, les parasitoses intestinales et bilharziose qui, bien que n'étant pas spécifiques à l'enfance, soumettent à rude épreuve la population infantile.

Parmi ces pathologies, le paludisme reste, à n'en pas douter, la plus redoutable. En effet, il « constitue un danger social au premier chef, soit par la mortalité et surtout la mortinatalité qu'elle entraîne, soit par les invalidités qu'elle détermine. Elle entrave dans une large mesure nos efforts de colonisation »⁸⁰. Maladie relevant de l'arsenal de la pathologie exotique, la malaria représente, aux dires d'autorités sanitaires de la colonie des plus avisées, « le grand ennemi à combattre »⁸¹. Les statistiques sanitaires sont unanimes sur les ravages de l'infection paludéenne non seulement chez les expatriés européens et les Africains, mais aussi et surtout parmi les enfants.

Le sixième chapitre, consacré aux maladies bactériennes, étudie le tétanos ombilical et la tuberculose, deux redoutables infections qui alimentent la morbidité et la mortalité infantiles. A partir de la deuxième décennie du XXe siècle, des études attirent l'attention des autorités sanitaires de la fédération sur la fréquence du tétanos dans ces terres tropicales réputées tétanigènes. Facteur déterminant dans la mortalité infantile, le tétanos ombilical est ciblé par les autorités sanitaires comme un élément essentiel du recul démographique des colonies. On peut comprendre, dans un tel contexte que la convergence du

80. Dr. Lefèvre, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1930 », *AMPC*, 1932, p. 296.

81. Dr A. Kermorgan, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1903 », *AHMC* 1904, Tome Huitième pp. 424-453. p. 447 Paris, I.N.

discours autour du « péril tétanique » dès les années 1920 s'inscrit dans le cadre de la préservation de la main d'œuvre indigène qui postule la protection des Africains dès leur naissance par la mise en place d'une politique sanitaire efficace.

Alors que l'infection bacillaire est mentionnée depuis le XIXe siècle, sa prise en charge par les autorités se révéla tardive. En effet, c'est après la Grande Guerre que la tuberculose, maladie jusqu'ici occultée, va émerger dans les priorités sanitaires d'abord en France puis dans les colonies. Devenue avec la Grande Guerre un problème militaire, l'infection bacillaire interpelle la puissance publique. Sous ce rapport, la prise en charge de l'infection bacillaire atteste, à suffisance, que l'histoire de la santé publique dans les colonies est plus le reflet de la conjoncture qu'une politique réelle avec une vision dans le long terme. Sous la pression des événements, le pouvoir colonial procède par crises, par successions d'à-coups, bricolages et colmatages de brèches.

Dans tous les cas, face à la forte tuberculisation de la colonie, il devenait impérieux, pour les autorités coloniales de résoudre l'épineuse question du « péril tuberculeux ». Aussi, la prémunition contre la tuberculose par la vaccination BCG, notamment des enfants, fut-elle inscrite, à partir des années 1920 dans les priorités des autorités sanitaires.

D'autres pathologies (diarrhées, infections respiratoires, affections oculaires, syphilis) affectent sensiblement la population infantile. Dès le début du XXe siècle, les diarrhées, infections respiratoires et les pathologies vénériennes figuraient parmi les principales maladies affectant les enfants de la colonie⁸². Si les diarrhées, les infections respiratoires et oculaires peuvent être corrélées à l'environnement, l'hygiène et les milieux de vie, la syphilis pour sa part, fut

82. Cf Dr.Merveilleux, « Notes démographiques et protection de l'enfance à Saint-Louis », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales* 1906, Tome 9, pp. 132-139.

Lefrou G., Allard M, « Une décade démographique (1921 – 1930) à Saint Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortalité infantile », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, 1932, Tome XXX, pp. 406 – 427. Gallay H.

largement accusée par les premières enquêtes démographiques comme le facteur essentiel à l'origine de tares congénitales, de stérilité, de mortinatalité et de mortalité élevées dans les colonies de la fédération.

Au « péril vénérien » accusé de compromettre l'avenir démographique de la colonie, répond une batterie de mesures allant de la lutte contre la prostitution aux campagnes de masses des équipes sanitaires mobiles de la section tréponématoses en passant par l'érection d'un dispositif sanitaire fixe (dispensaires, postes de santé, hôpitaux, maternités, laboratoire) en charge d'assurer la « défense sociale ».

Le dernier chapitre de la deuxième partie retrace chronologiquement, l'évolution et les grandes tendances de la mortalité des jeunes enfants en mettant en exergue les facteurs, variations, niveaux et structures.

En vérité, la période de l'ordre colonial (1900-1960) consécutive à la conquête représente une séquence historique particulière marquée par l'apparition, la diffusion, voire l'aggravation de crises pathologiques spectaculaires⁸³. En effet, le travail forcé, l'introduction des cultures de rente, le développement des échanges et des communications de même que les migrations forcées ou volontaires ont occasionné une fragilité biologique et l'explosion et la diffusion au galop de pathologies jusqu'ici circonscrites dans des espaces restreints, voire clos. On peut comprendre, dans ces conditions, que dans la colonie du Sénégal, la première moitié du XXe siècle fut rythmée par de nombreuses crises sanitaires qui alimentèrent la létalité générale, plus particulièrement la mortalité infantile.

83. Mbokolo E, « Histoire des maladies, histoire et maladies : l'Afrique » ; in Augé M, Herzlich C, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* ; Edition des Archives Contemporaines, pp. 155 -186.

La troisième partie structurée en deux chapitres, examine la problématique de l'enfance ainsi que les modalités de sa prise en charge aussi bien dans les sociétés traditionnelles que sous la colonisation.

Au premier chapitre, est exploré le statut de l'enfant dans les sociétés traditionnelles africaines où il est considéré comme une richesse, voire un patrimoine dont la protection incombe à toute la communauté. L'enfant constitue la raison d'être de la femme : enfanter ; la valorisation de la femme, sa considération dans la société est liée à la fécondité, Ainsi, la stérilité, toujours attribuée à la femme, convoque le mépris, voire le rejet alors que la maternité confère déférence de toute la communauté. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, une grande importance est accordée à la grossesse, à l'accouchement et à la naissance qui, dans plusieurs sociétés ouest africaines, sont d'abord culturalisés (rites, gestes, chants, formules, prières) avant d'être médicalisés.

Le dernier chapitre réfléchit sur l'élargissement de l'espace thérapeutique qui occasionne une certaine dualité, voire une concurrence des modèles thérapeutiques traditionnel et occidental. Dans ce contexte, on peut comprendre que l'accouchement, au fil du temps, se déroule dans un environnement et des conditions modernes de la maternité au lieu de la case du village. La médicalisation des naissances (la prise en charge de la maternité et des enfants par la médecine coloniale) se traduit d'une part par la mise en place d'infrastructures sanitaires, d'institutions, et d'une législation ainsi que par des mutations dans les professions de santé (infirmières visiteuses, assistantes sociales, médecine sociale).

L'ensemble de ces mesures se traduit, en dépit de ses limites, par une amélioration du sort des enfants et de leurs mères grâce à une réduction de la morbidité et de la mortalité materno-infantiles.

VI - LE CADRE CHRONOLOGIQUE

De l'AMI à la période de transfert de souveraineté (indépendance), la trajectoire historique de la prise en charge de l'enfant n'a été ni linéaire, encore moins continue. Si, à partir de 1905, les initiatives furent assez timides, après la Grande Guerre, la santé des enfants figure de plus en plus dans les priorités des autorités sanitaires de la colonie. L'année 1945 constitue un virage des politiques coloniales avec l'intervention massive de l'Etat à travers des réformes (sociales, politiques et économiques) parmi lesquelles la santé occupe une place primordiale. Il s'agira d'analyser à l'autre extrémité chronologique de notre travail, les dynamiques et les mutations substantielles dans la prise charge de l'enfant. En gros, trois séquences chronologiques se singularisent.

La séquence temporelle allant de 1905-1930 peut être considérée le temps de l'épreuve ou la genèse de la PMI. Si, depuis 1905, dans les missions à l'Assistance Médicale Indigène assignées figure la promotion de la protection maternelle et infantile, il faut bien admettre que la prise en compte du couple « mère enfant » par le pouvoir colonial dans la politique sanitaire fut, au Sénégal, relativement récente.

Il faut attendre les années 1930 pour voir la mise en place d'une nouvelle politique sanitaire de prévention et d'intervention progressivement orientée vers la médecine de masse ainsi que la prise en compte des jeunes enfants et des mères par les pouvoirs publics dans les priorités médicales (mise en place de services de puériculture, présence d'enfants aux consultations dans les dispensaires de puériculture). A partir de 1930 et jusqu'en 1945 se constitue puis s'élabore une politique sanitaire - vite remise en cause par la guerre - orientée vers la prise en charge des enfants et des mères.

L'après guerre, période de prise en charge de l'enfance est marqué par un immense effort entrepris par l'Etat colonial à travers l'édification d'importantes infrastructures (écoles, hôpitaux, dispensaires, maternités). A l'échelle des fédérations, se déploie un important dispositif de médecine de masse qui généralise le modèle des équipes mobiles initié au Cameroun depuis les années 1920 par Jamot contre la trypanosomiase.

Au lendemain du second conflit mondial et jusqu'à l'indépendance, les priorités sanitaires se recentrent sur la santé de l'enfant et de la mère (vaccinations de masse, lutte contre la rougeole, la malnutrition) grâce à l'expertise des organisations internationales sensibles aux conditions de vie des colonisés (mortalité et morbidité infantiles élevées, ravages de la malnutrition) et remettant de plus en plus en cause la politique coloniale en matière de santé maternelle et infantile.

PREMIÈRE PARTIE

**L'ALIMENTATION DE L'ENFANT :
MUTATIONS ET PERMANENCES**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

Dans les colonies, c'est sur le tard que les questions alimentaires et nutritionnelles figurent parmi les priorités des autorités coloniales. En vérité ce fut, d'abord timidement après la Première Guerre Mondiale, puis vigoureusement à la fin du second conflit mondial que les problèmes alimentaires sévissant dans les colonies furent pris en charge de manière méthodique et systématique. En 1925, sous l'impulsion d'Alexandre Lasnet, Inspecteur général des Services Sanitaires de l'AOF, le ministre des Colonies adresse aux autorités coloniales des directives axées sur l'étude de l'alimentation des indigènes. Dans ce contexte, pharmaciens, médecins, chimistes et ethno anthropologues s'adonnent à l'inventaire des ressources alimentaires dans les colonies, à l'étude de la composition des aliments, aux carences ainsi qu'aux besoins alimentaires des autochtones.

L'analyse des conditions générales de l'alimentation indique la prédominance d'un régime alimentaire monotone dominé par les céréales et des fluctuations de rythmes saisonniers faisant alterner des périodes d'abondance auxquelles succèdent des moments de pénuries et de soudure marqués par des carences vitaminiques saisonnières fâcheuses sur l'état sanitaire maternel et infantile. La situation alimentaire et nutritionnelle est assujettie à un cycle annuel et des variations saisonnières marquées par une grande faiblesse de la couverture énergétique durant la saison des pluies. D'ailleurs les consommations alimentaires connaissent leur niveau d'étiage au milieu de l'hivernage (août et septembre). Ce phénomène, plus accentué en zone rurale qu'en milieu urbain, expose davantage les jeunes enfants, cibles privilégiées de la malnutrition.

Au Sénégal, l'analyse des sources disponibles signale, parmi les pathologies nutritionnelles dominantes les avitaminoses, le kwashiorkor, le béribéri, les anémies nutritionnelles. Obsédées par le péril alimentaire et ses conséquences sur le devenir démographique de la colonie, les autorités initient une politique de lutte contre la malnutrition axée pour l'essentiel sur la protection des couches vulnérables (femmes enceintes ou allaitantes, enfants) et la recherche sur l'alimentation africaine.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE I

CONDITIONS GENERALES DE L'ALIMENTATION

« Les gens ne mangent pas ce qu'ils aiment, ils aiment ce qu'ils mangent, de père en fils. Dans chaque société humaine, on est obligé d'apprendre aux enfants, point par point, à aimer les aliments qui sont la substance de tous ».

Kart Lewin

Il est admis que les problèmes alimentaires et nutritionnels sont, dans les faits, la résultante d'une situation complexe sur laquelle interagissent plusieurs facteurs : aléas climatiques, habitudes alimentaires, considérations socio-culturelles, problèmes sanitaires, niveaux de vie. J.P Aron en donne une parfaite illustration en écrivant : « Fait de culture, l'alimentation est solidairement une donnée biologique. Par suite l'analyse médico-physiologiste se dessine à ses débuts sur l'horizon complexe d'un fonds commun où les phénomènes chimiques de la digestion côtoient non seulement les recettes culinaires et les rêveries gastronomiques, mais aussi les observations morales ou moralisantes »⁸⁴.

D'une manière générale, l'alimentation traditionnelle, fonction des ressources, met en évidence, même si elle ne réalise pas toujours la totalité des besoins, une adaptation au milieu.

84. Aron (J.P) 1961, « Biologie et alimentation au XVIIIe siècle et au début du XIXe siècle » in *Annales* No 3 mai juin 1961. Enquêtes ouvertes, Bulletin No 1 ; pp 971-976 ; p. 971.

1 - LE RÉGIME ALIMENTAIRE : LES MONOTONIES DU QUOTIDIEN

Le régime alimentaire se réduit, pour l'essentiel, en nourritures céréalières assez monotones ; une partie importante de la ration provient des céréales. En fait le riz et le mil surtout, mais aussi le maïs et le fonio tiennent une place de choix dans les consommations alimentaires. A la fin des années 1950, une équipe de chercheurs sénégalais et français (Boutillier J.L, Cantrelle P, Causse J, Laurent, Ndoye T) ont étudié la proportion des céréales dans la consommation des repas dans la Moyenne Vallée du Sénégal. L'étude a montré la part des céréales qui reste primordiale dans l'apport calorique et fournit l'essentiel du total ingéré comme du reste l'atteste le tableau suivant :

Tableau 1 : Fréquence d'apparition des aliments dans la consommation des repas dans la Moyenne Vallée du Sénégal en 1957 (en nombre de jours par mois, en moyenne pour un Groupe Elémentaire de Consommation).

Aliment	Hivernage	Saison sèche
Sorgho	25	11
Mil	7	10
Maïs	1,5	3,5
Riz	3	3
Tubercules	—	2
Arachides	1	1
Béréf	7,5	3,5
Haricots	4	5
Viande	1,5	1,5
Lait	21,5	17,5
Poisson frais	9	9
Poisson sec	14	10,5
Feuilles, légumes	16	9,5
Sucre	14,5	13,5

Source : Boutillier J.L, Cantrelle P, Causse J, Laurent, Ndoye T, *La Moyenne Vallée du Sénégal (Etude socio-économique)*, PUF, 1962, p. 177.

Les céréales (sorgho, mil, maïs, riz) interviennent presque tous les jours dans l'alimentation des populations de la Vallée du Fleuve Sénégal en dépit de quelques variations saisonnières dans les rythmes de consommation. Alors que le sorgho, céréale de secours est consommé pendant la soudure, notamment l'hivernage presque quotidiennement (25 jours), en saison sèche, sa consommation baisse de plus de moitié (11 jours). La baisse est liée à la période d'abondance issue de la récolte qui offre des possibilités de diversification au niveau des consommations alimentaires (maïs, mil, tubercules, etc.). Ainsi, pour le mil, sa consommation durant l'hivernage équivaut à 7 jours alors que durant la saison sèche, elle connaît une hausse sensible (10).

a) L'alimentation à base de mil

Avant la fortune du riz, le mil constituait un des éléments essentiels à la base de l'alimentation du Sénégal même si le riz prédominait en Casamance alors que dans la région orientale, prévalait la consommation du fonio.

En Sénégalie septentrionale, le régime traditionnel se composait, pour l'essentiel, de deux plats d'après plusieurs sources européennes. Au XIX^e siècle, Boilat notait que « les mets des Sénégalais sont le couscous et le sanglé »⁸⁵. Selon l'abbé Boilat, « le sanglé est ordinairement le déjeuner du bon Sénégalais »⁸⁶. Même si le regard de Boilat, assez réductionniste, occultait les modes de consommation de plusieurs régions (Casamance, l'Est), il est certain que le mil constituait l'une des bases de l'alimentation de plusieurs Sénégalais.

85. Boilat A.D, *Esquisses sénégalaises*, Karthala 1984, p. 297.

86. *Ibidem*.

a-1 Le sanglé

Une épaisse bouillie de farine de mil communément appelée « *laax* » (sanglé) constituait le repas de midi. Toutefois, sous le terme de sanglé, se déclinent plusieurs plats. Aussi, distingue-t-on d'abord le sanglé au lait caillé auquel on adjoint du pain de singe et du sucre ; le plat peut être consommé avec de l'huile de pulpe de palmiste, de l'huile de noix de palmiste ou du beurre de lait de vache.

Ensuite, s'agissant du sanglé au palmiste (*laaxu tiir*), les fruits et la pulpe des palmistes (*Elaeis guineensis*) sont mélangés au pain de singe avant d'être broyés au mortier avec de l'eau ; ensuite « le tout est mis dans de l'eau bouillante avec ou sans sucre et versé dans la bouillie ».⁸⁷

Quant au *laaxu nētëri* (*njiné joop*), le pain de singe est mélangé avec des arachides grillées et de l'eau ; à l'aide d'un tamis, on extrait la sauce qui, sucrée, est versée sur le sanglé. Pour préparer le sanglé au *parkia biglobosa* (*laaxu wuul*), la farine extraite des gousses de néré (*parkia biglobosa*) et accompagnée ou non de sucre, est consommée avec la bouillie.

S'agissant du sanglé au tamarin, il faut distinguer le sanglé aux gousses de tamarin macérées, consommées avec de l'eau et du sucre (*laaxu daxaar*) du sanglé aux feuilles de tamarinier vertes (*laaxu benxël*). Ces plats sont très prisés pendant l'hivernage à cause de leur vertu thérapeutique ou supposée contre le paludisme⁸⁸.

On aura garde d'oublier le sanglé au *spondias monbin* (*laxu sopoo*) confectionné à partir d'un fruit jaune à peau fine et à la chair tendre et acide. Ce fruit (Anacardiacees, *Spondias Monbin*) fournit un jus délicieux ; le fruit écrasé

87. Faucher M, *L'alimentation chez le Lébus*, Mission Anthropologique, Rapport No 1, p. 51.

88. *Idem*, P. 50.

est mélangé à de l'eau sucrée et consommé avec la bouillie, surtout pendant l'hivernage⁸⁹. Enfin, le sanglé au pain de singe est préparé à partir du fruit du baobab malaxé avec de l'eau et le liquide obtenu, épais, blanchâtre, un peu acide est un peu sucré avant d'être ajouté à la bouillie. Moins épaisse, cette bouillie mélangée avec du lait (*foonde*) peut constituer le menu du matin ou du soir.

Toutefois, la bouillie peut se consommer sans sauce sucrée. Dans ce cas, elle est accompagnée de légumes et condiments africains comme les courges (*cucurbita pepo*), gombo frais (*hibiscus esculentus*), oseille, patate, manioc auxquels pouvait s'ajouter du poisson frais (*laaxu gar*).

Si la bouillie est accompagnée de poisson sec, salé ou fumé, on ajoute à la cuisson de la farine d'arachide (*laaxu caaxaan*). Aux dires de Bergouniou, ce plat est préparé à partir « de farine fine qu'on cuit dans un bouillon contenant des aubergines, de la courge, du gombo frais, des calices de bissap ou en poudre...et le tout est brasé dans une bouillie appréciée »⁹⁰.

a-2 Le couscous

Le menu du soir est souvent constitué d'un couscous de mil consommé avec une sauce de poisson frais, séché ou fumé ou d'arachide avec des haricots locaux (niébés), patates, manioc ou avec de la viande en fonction des revenus. La sauce accompagnant le couscous pouvait être à base de feuilles de choux cuites ou bouillies ou de *Moringa Pterygosperma* plus connu sous le terme de « *nébadaay* » (de l'anglais never die).

Cependant, durant l'hivernage, c'est « la foliole de cassia tera pour toute la population, celle de stylochiton pour certains Sérères qui viennent rompre la

89. *Ibid.*

90. Bergouniou J.L, *L'alimentation dans a presqu'île du Cap Vert*, ORANA, 1957, pp. 32-33.

monotonie du neverdaye⁹¹. Lorsque les haricots (niébés) se font rares, le fruit du *ficus gnaphalocarna* accompagne la sauce⁹².

Dans les villes, l'influence du mode de vie occidental aboutit à la réduction de la consommation du couscous ainsi qu'à des transformations dans son mode de préparation. Ainsi, la sauce de feuille (*mbuum*) jadis préparée avec des feuilles de *Moringa Pterygosperma*, la foliole de cassia tera ou de stylochiton, voire même avec de feuilles de patate ou de manioc en période de soudure a cédé la place aux feuilles de chou accompagnées de poireaux⁹³.

La valeur nutritive des plats traditionnels est attestée par plusieurs études⁹⁴. Inscrivons, au crédit du régime traditionnel, l'importance des produits de cueillette entrant dans la confection des sauces à l'image des fruits de baobab. Pour faciliter la digestion, le couscous est assaisonné de feuilles de baobab séchées et pilées appelées « laalo »⁹⁵.

En effet, arbre mythique, mystique et religieux, plante nécropole, le baobab recèle des vertus alimentaires et thérapeutiques indéniables. Ses feuilles utilisées comme émoulinant dans le couscous, ont une forte teneur en fer et concourent à la prévention des coliques et à la facilitation des selles ; appliquées sur les abcès, elles précipitent l'évolution ; elles servent aussi dans l'extraction des vers de Guinée.

91. Faucher M, *op. cit.*, p. 48.

92. Bergouniou J.L, *op. cit.*, p. 33.

93. *Ibid.*

94. On pourrait citer parmi ces travaux ceux de : Toury J, *Le baobab, arbre providence de l'Africain*, ORANA, sd.

Garnier, *Souvenirs médicaux du poste de Sédhiou*. Thèse 1888, Montpellier Rançon, *Dysenteries endémiques des pays chauds et notamment au Sénégal*, Lyon, 1886.

95. Toury J, *Le baobab, arbre providence de l'Africain*, ORANA, sd.

S'agissant des médications locales, les Dr Rançon et Garnier, dans des thèses publiées successivement à Lyon en 1886 et à Montpellier⁹⁶, donnent des éclairages sur l'utilisation du baobab dans le traitement des diarrhées et dysenteries au Sénégal et préconisent même leur médicalisation, voire leur utilisation par la médecine moderne. Aux dires du docteur Rançon,

« On prend des feuilles de baobab ou gouye en wolof. On les broie légèrement dans l'eau et on fait chauffer. La liqueur est filtrée à travers un linge. Les feuilles séparées de l'eau et connues sous le nom de Lalo son placées en cataplasme sur le ventre du malade, l'eau lui sert de tisane pendant les premiers jours de la maladie. Cette boisson laxative facilite les selles. Le cataplasme du Lalo, très émollient, prévient les coliques.

« Le fruit de baobab, nommé pin de singe, en wolof bouye est également légèrement laxatif. On en fait une tisane d'un goût agréable qui est administrée pendant tout le cours de la maladie. Le pain de singe est considéré par tous les indigènes comme le médicament anti dysentérique par excellence. Il est mélangé aux aliments mêmes. Ainsi l'indigène se nourrit surtout de bouillie de farine de mil avec du lait caillé. On désigne ce mélange de « Sanglé ». Lorsqu'il est atteint par la dysenterie, il mélange le pain de singe à cette bouillie »⁹⁷.

Des études menées sur le baobab depuis le XIXe siècle (Vauquelin et Saint-Martin en 1823, Heckel et Schlagdenhaufen en 1888), approfondies et systématisées au XXe siècle surtout après les prospections de la mission d'étude de la Pharmacopée indigène en AOF (Drs. Lafitte et Ferré) en 1938 ont reconnu, outre la valeur alimentaire et énergétique du baobab, ses qualités thérapeutiques. Pour la mission d'étude, « Tel qu'il se présente, le produit [pulpe de baobab] a une certaine valeur alimentaire et énergétique qui peut se traduire par 2200 calories au kg. La présence de tanin, d'acide citrique, de mucilage, de cellulose,

96. Garnier, *Souvenirs médicaux du poste de Sédhiou*. Thèse 1888, Montpellier Rançon, *Dysenteries endémiques des pays chauds et notamment au Sénégal*, Lyon, 1886.

97. Lanco A, « Le Baobab », *Médecine Tropicale* No 9, 1942, pp. 726-731, p.727.

explique le rôle bienfaisant que les indigènes lui attribuent dans le traitement des diarrhées et des dysenteries »⁹⁸.

S'inscrivant dans le même sillage, le docteur Lanco, pharmacien des Troupes Coloniales, préconise l'utilisation du baobab par la biomédecine coloniale lorsqu'il affirme : « en thérapeutique, aux colonies, les feuilles de baobab, fraîchement cueilles ou séchées et pulvérisées, selon les saisons, devraient très économiquement remplacer dans la confection de cataplasmes, la farine de graine de lin que l'on fait venir de la métropole à grands frais et qui n'est pas toujours de conservation facile. La pulpe de fruit de Baobab, le boui, est facile à préparer et facile à faire accepter aux malades. Elle pourrait être employée avec fruit, en lieu et place de cachets de gélose – gélatine, des paquets d'agar-agar, des graines de lin aromatisées, des graines de psyllium, de toutes les spécialités à base de mucilage, soit pour lutter contre les diarrhées, soit pour rééduquer les intestins paresseux fréquents sous les tropiques »⁹⁹.

En définitive, la leçon que l'on pourrait tirer des vertus et bienfaits du baobab, nous l'empruntons de la plume du docteur Lanco : « Si, outre les usages thérapeutiques, nous notons que les indigènes cueillent les feuilles de Baobab qui, cuites, servent comme légumes vert pour agrémenter le couscous, qu'ils connaissent la valeur alimentaire de la pulpe de fruit, pulpe grignotée par les enfants en s'amusant, qu'ils utilisent l'écorce, riche en fibre, pour en faire des cordages, et qu'ils respectent ces arbres sous une influence religieuse ou fétichiste, nous sommes amenés à considérer comme une espèce très digne le Baobab »¹⁰⁰.

98. Lanco A, *op. Cit.*, p. 729.

99. *Ibid.*

100. *Ibid.*

Très riches en fer, les feuilles de baobab représentent un véritable rempart contre les anémies¹⁰¹. L'on estime que la recrudescence des anémies qui soumettent à rude épreuve les femmes enceintes trouvent leur origine dans le changement de régime alimentaire, notamment le délaissement du couscous et des feuilles de baobab au profit du riz ou du *laalo mbep*.

b) La fortune du riz

Le régime alimentaire traditionnel à base de mil a subi d'importantes transformations du fait de la combinaison de plusieurs facteurs : urbanisation, rareté du mil dans les grandes villes occasionnées par l'absence de surplus dans les campagnes à cause de l'ascension de la culture arachidière, essor du salariat, etc. Tous ces facteurs furent à l'origine de modifications sensibles au niveau des habitudes alimentaires.

A l'origine, le riz représentait, excepté la Casamance, une denrée rare qui n'était consommée qu'à l'occasion de quelques cérémonies et réjouissances. Au XIXe siècle, Boilat notait une certaine réticence des Wolofs à l'égard du riz que l'on faisait « bouillir avec du poisson ou de la viande »¹⁰². Cependant, aux dires de Boilat, « ce plat demande moins de préparation, mais les Wolofs ne le trouvent pas si fortifiant que le couscous »¹⁰³.

Au fil du temps, le riz va entrer dans l'alimentation urbaine et constituer la principale nourriture des masses. A partir des années trente, le riz pénètre progressivement les mœurs alimentaires. Il devint, bon an mal an, une nourriture dominante et figure parmi les priorités des commerçants, de l'administration et des citadins africains pour qui, vivre c'est disposer de son plat de riz. Cette

101. Mbodj Alpha, entretien à Diagane Barka Thilor 22 août 2006.

102. Boilat A.D, *op. cit.*, p. 300.

103. *Ibid.*

gloire, le riz la doit aux opportunités indéniables qu'il offre : prix relativement bas, grande valeur calorifique. Si l'on y ajoute les efforts occasionnés par la consommation de mil – il faut trois heures pour réduire 5 kg de mil – corvée qui répugne aux citadines, l'on comprend plus aisément les facteurs qui vont décider de sa fortune. Somme toute, il est admis que les populations adoptent une alimentation ou une plante favorite plus souvent par nécessité que par goût¹⁰⁴.

Au menu de midi, le riz au poisson, devenu repas de base, va supplanter le sanglé. Il existe nombre de plats à base de riz.

Le riz au poisson frais est préparé avec de l'huile d'arachide à laquelle s'ajoutent plusieurs condiments et légumes locaux ou européens : patate douce, manioc, choux, navets, carottes, purée de tomate, gombo, aubergine, feuilles *d'hibiscus sabdariffa (bisaap)*, piment du pays, etc.

Lorsque le riz est accompagné de poisson fumé ou salé, il est consommé avec des haricots locaux (niébés). En effet, « quand il s'agit de poisson sec, la sauce comporte aussi des haricots niébés que les Lébous emploient en grande quantité ; on compte environ 1 kg de niébés pour 700 g de riz »¹⁰⁵. Le riz peut aussi se consommer avec de la viande.

Au menu du soir, le couscous cède progressivement la place au riz.

Souvent, il suffit d'une petite quantité de riz bouillie sans huile et accompagnée de légumes, condiments et beaucoup d'eau pour remplir la marmite. Pour rompre la monotonie, le riz pouvait être préparé avec de la farine ou pâte d'arachide, des niébés, du poisson fumé ou salé. Ce menu peut s'accompagner de tripes, d'os et de viscères proposés par les bouchers.

Pour que l'énumération soit complète, ajoutons à ce répertoire la bouillie de riz consommée avec du sucre, du lait frais ou caillé.

104. Braudel F, *Civilisation matérielle, économie, capitalisme*. Tome 1 *Les structures du quotidien*, A. Colin, p.

105. Faucher M, *op. cit.*, p. 51.

Les céréales - riz, mil et maïs - sont complétées par quelques plantes nourricières traditionnelles qui peuvent jouer un rôle appréciable d'appoint et, en période de pénurie et de soudure, constituer un apport vital.

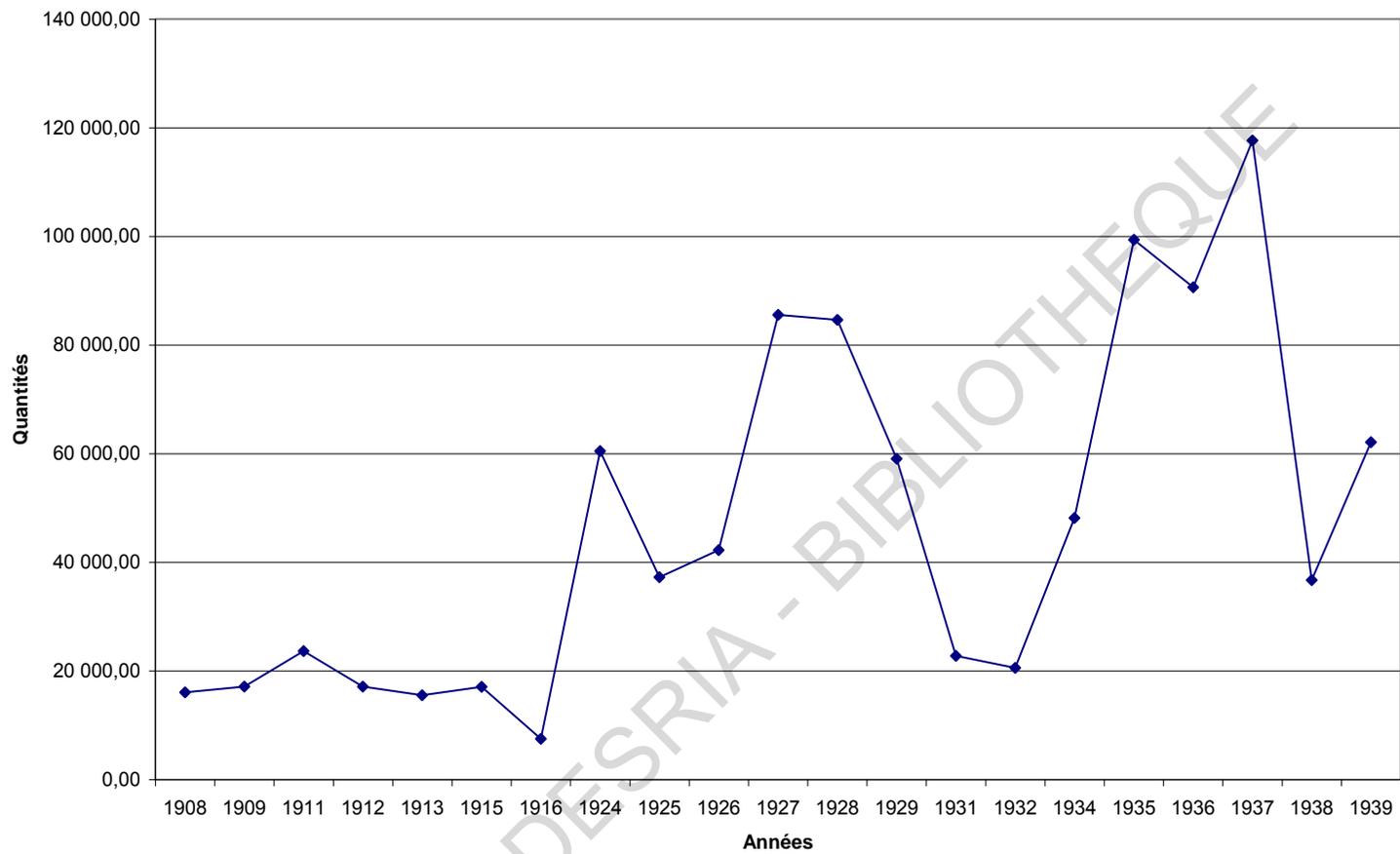
Le manioc, cultivé dans les lougans, vendu au niveau des marchés, souvent présent dans les menus, en est la parfaite illustration.

L'analyse des pratiques alimentaires dans la durée permet d'affirmer que le régime alimentaire traditionnel, à base de mil, a subi d'importants changements liés à la combinaison et à l'influence de plusieurs facteurs : urbanisation, rareté du mil occasionnée par l'absence de surplus dans les campagnes à cause du développement de la culture arachidière, introduction du salariat, etc. Tous ces facteurs ont engendré des transformations au niveau des habitudes alimentaires.

Le régime alimentaire traditionnel consistait, pour l'essentiel, en nourritures céréalières végétales. En vérité toute la colonie, ou presque, vit au régime des céréales et de leurs sous-produits. Beaucoup de céréales (riz et mil en particulier), nourritures peu carnées, réduction, voire modicité des laitages hormis certaines zones pastorales (Ferlo, Fouta), voilà ce à quoi se résumait le régime traditionnel. D'ailleurs, pourrait-il en être autrement pour ces nourritures dominantes, végétales et majoritaires ? Celles-ci, monotones et permanentes, rythment le quotidien et déterminent le destin alimentaire des populations. En définitive, avoir de quoi vivre pour la population, c'est disposer de son mil et, accessoirement de son riz. Dénrée rare à l'origine, le riz, va progressivement entrer dans l'alimentation populaire et représenter la principale nourriture des masses. Dans ces conditions, l'insuffisance de la production céréalière locale accrut les importations vivrières notamment le riz et la dépendance alimentaire du Sénégal.

Tableau 2 : Mouvement des importations de riz (en grains) de la colonie du Sénégal

Années	Quantités (tonnes)	Valeurs (Fr.)	Sources
1908	16 083,6	4 187 789	2G9 (6)
1909	17 138,3	3 869 767	2G9 (6)
1911	23 671,2	5 556 056	2G12 (8)
1912	17 142,4	4 951 476	2G12 (8)
1913	15 539,4		
1915	17 079,4		2G16 (4)
1916	7 503,6		2G16 (4)
1924	60 493	81 019 000	2G25 (11)
1925	37 262	49 931 000	11 D1 (1287)
1926	42 240		11 D1 (1287)
1927	85 549		11 D1 (1287)
1928	84 648		{ <u>Le Temps colonial</u> du
1929	59 065		{ mardi 3 février 1931
1931	22 786	12 997 291	
1932	20 576	11 736 410	
1934	48 165	27 475 607	11 D1 (1287)
1935	99 380,5	53 941 296	11 D1 (1287)
1936	90 623		
1937	117 658		2G35 (26)
1938	36 741		FDDD - Dossier 8
1939	62 103		FDDD - Dossier 8



Graphique 1 : Importations de riz (en grains) de la colonie du Sénégal

Les données indiquent un développement considérable des importations de riz qui ont plus que triplé entre 1908 et 1924. Après un fléchissement en 1925 et 1926, s'amorce une tendance haussière à partir de 1927 et 1928 avec respectivement 85 549 t et 84 648 t. Le niveau plancher est atteint en 1931 et 1932 avec moins de la moitié des importations de 1929. Somme toute, à partir des années trente, le riz conquiert progressivement la colonie, notamment en milieu urbain au détriment du mil. En effet, c'est dans les grands centres urbains que le riz bénéficia d'un accueil qui décida de sa gloire et de sa fortune.

La diminution de la consommation de mil s'accompagna d'une rupture au niveau de l'alimentation ancienne. Le mil en régression, connut une certaine désaffection au profit du riz qui, hormis la Casamance, cesse d'être une denrée de luxe pour devenir un produit de grande consommation. On se gardera bien d'oublier que l'adoption d'une alimentation ou d'une plante favorite répond moins au goût qu'à la nécessité. En réalité, cette gloire, le riz la doit non seulement à son prix relativement bas, à sa haute valeur calorifique et à sa facilité de préparation mais aussi et surtout à la division impériale du travail.

Au décours des années 1930, l'approvisionnement en riz des populations notamment urbaines constitua une préoccupation des autorités. En vérité, il faut attendre les années trente pour se rendre à l'évidence, notamment en milieu urbain, de la percée progressive du riz qui occupait, dans l'alimentation, une place de plus en plus importante du fait de l'accroissement des besoins de la colonie.

Pour les autorités coloniales, l'approvisionnement des villes en riz fut un souci majeur. Témoin, cette correspondance dans laquelle le président de la Chambre de Commerce de Dakar priait le directeur des Services Economiques, non sans insistance, de prendre toutes les dispositions utiles face à la pénurie de

riz. Aussi, soulignait-il : "la prudence exige une réserve de 100 000 T de riz dans la colonie. Ce sujet mérite une solution rapide. La constitution d'un approvisionnement suffisant de riz devant permettre d'assurer le ravitaillement de la population indigène dans de bonnes conditions est donc pour la colonie, poursuit-il, un gage de calme et de tranquillité"¹⁰⁶.

Les changements de goûts alimentaires, du fait de l'ascension et de la gloire du riz entraînent, de fait, une progression des avitaminoses et des cas de béribéri. En ville, les progrès du salariat et l'essor d'un prolétariat misérable depuis les années 1930 impliquèrent des changements alimentaires et une accentuation de la dureté des conditions de vie au sein des couches défavorisées.

Derrière l'éclairage global sur les régimes alimentaires qui ne saurait cependant suffire, se profile une structure sociale qui ne dit pas son nom. Une bonne approche des réalités suggère un raffinement méthodologique qui aboutit, en fait à une conclusion intéressante. Dans les faits, cette distinction entre les régimes, aussi élémentaire soit-elle, revêt sa large signification sociale : « tout régime monotone caractérise les nourritures des couches sociales pauvres, tout régime varié signale aussi l'alimentation des classes dominantes, privilégiées auxquelles les prix réservent les nourritures rares, appétissantes »¹⁰⁷. Rapportée dans le cadre de notre étude, cette classification traduit la large barrière qui sépare les riches des pauvres.

En ville, le décalage entre salaire et coût de la vie signale, chez les salariés, la fréquence d'un certain rythme « ripaille et pénurie » caractérisé par une surconsommation les premiers jours du mois qui, progressivement, fait place

106. ANS Fonds Chambre de Commerce de Dakar. Dossier 555 : Ravitaillement. Lettre 1332. Dossier 45-4. Pièce N°693 du 31/10/1940.

107. Philippe R, « Commençons par l'histoire de l'alimentation », *Annales* No 3 mai-juin 1961. Enquêtes ouvertes, Bulletin No 1 pp 549-552, 550.

à un régime de carence au fur et à mesure que le mois se creuse. Dans ces conditions, le décrochement du coût de la vie sur les petits salaires urbains entretient une sous-alimentation et une malnutrition devenues, au sein des catégories défavorisées, une structure de la vie quotidienne.

Cependant, plusieurs facteurs peuvent compromettre le régime alimentaire à l'image des carences d'origines diverses, des aléas cycliques de sécheresse et des déficits considérables de soudures saisonnières.

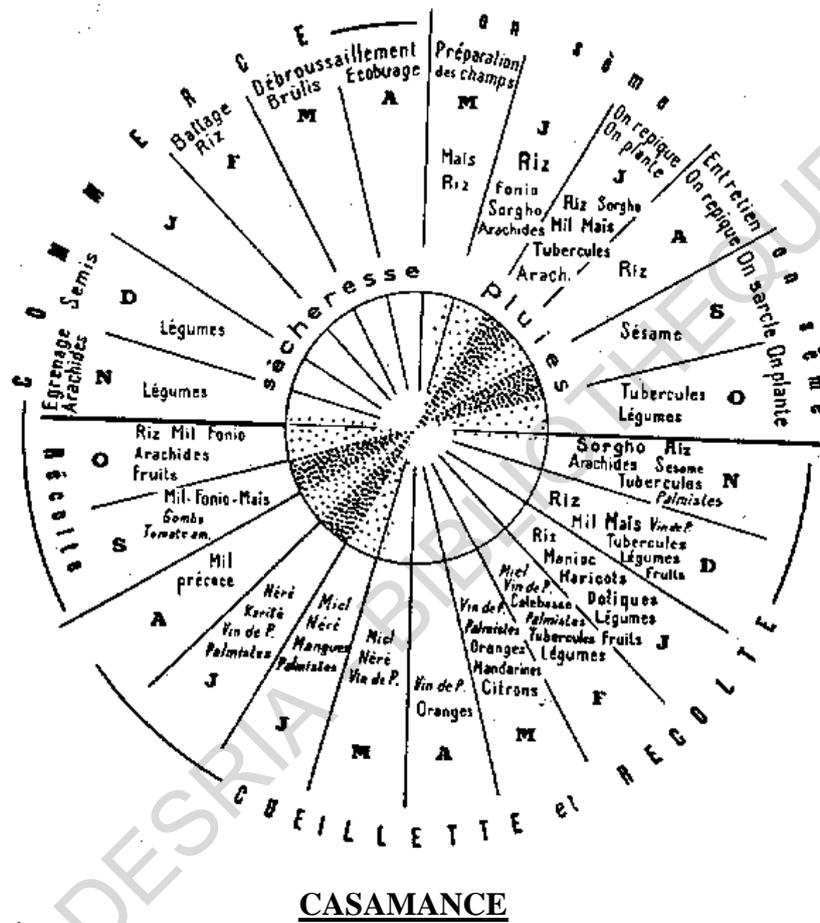
2. La soudure et ses répercussions sur la situation alimentaire et nutritionnelle

La vie des sociétés considérées, en équilibre instable, est rythmée de périodes d'aisance relative et de moments difficiles, voire néfastes.

Qu'un accident survienne dans la vie du terroir (sécheresses, invasions acridiennes ou aviaires, troubles ou crises politiques) et l'équilibre alimentaire est rompu. Tout porte à croire que le rythme nutritionnel et alimentaire reste imposé par les activités sociales, notamment le cycle agricole. Un travail anonyme¹⁰⁸, s'appuyant sur les populations agricoles, offre une saisissante description de leurs activités sociales et économiques qui, en définitive, revêtent un caractère cyclique, saisonnier, rythmé par une période pluvieuse à laquelle se juxtapose une autre de sécheresse.

108. Anonyme 1946, « Calendrier agricole pour le Sénégal » in *Bulletin de l'IFAN*, T8, pp.138-163.

Schéma 2 : Activités sociales et économiques en Casamance



Dans les cercles scindés en deux grandes entités, elles-mêmes subdivisées en une douzaine de parties représentant les douze mois de l'année, la lecture se fait de gauche à droite pour le demi-cercle supérieur alors que dans l'autre, elle s'effectue en sens inverse. Dans le demi-cercle supérieur figurent les activités d'acquisition (commerce et troc) et les activités de production agricoles alors que dans l'autre, sont indiqués les produits alimentaires de la récolte et de la cueillette. Un index climatique mentionne, au centre, dans un petit cercle, les grandes fluctuations saisonnières (pluies, sécheresses et leur densité)¹⁰⁹.

L'analyse des tableaux laisse percevoir les relations étroites entre les situations alimentaires ainsi que les états nutritionnels et le milieu et les activités humaines du moment. A partir du mois de mai, les réserves dans les greniers sont sérieusement entamées. A la période des récoltes qui est celle d'une aisance relative et d'une satisfaction quantitative de plénitude, succède d'abord un moment de carence en apports qualitatifs puis une étape de soudure laissant apparaître un déséquilibre « entre la ration alimentaire et les activités du moteur humain »¹¹⁰. Dans ce contexte, le rythme saisonnier fait alterner, le plus souvent, des périodes d'abondance relative en denrées alimentaires auxquelles succèdent des moments de pénurie. Période de « disette saisonnière », la soudure a un retentissement sur la santé des mères, la croissance des nourrissons et l'état nutritionnel des jeunes enfants.

Le cœur de la colonie, à savoir la région arachidière (régions de Louga, Thiès, Diourbel, Kaolack, Fatick) plus exposée à la soudure (mai à octobre) se singularise pendant la saison sèche par une pénurie d'eau et une malnutrition importante. Cette conjoncture de carences vitaminiques et spécifiques est marquée par une recrudescence cyclique des cachexies-anémies et des

109. Palès (L), *L'alimentation en AOF*. Orana. Dakar, 1954, p.39.

110. Palès, *op. cit.*, p.50.

kwashiorkors infantiles¹¹¹. D'ailleurs comment aurait-il pu en être autrement au regard de la baisse accusée des consommations et des apports énergétiques mise en évidence par plusieurs enquêtes alimentaires (Bergouniou 1952, Palès 1954, CINAM-ORANA 1959-60, MISOES 1957, etc.).

Tel fut le cas en 1966 dans la région de Thiès où l'apport énergétique, de 2044 calories/personne/jour en janvier-mars, connut un fléchissement sensible durant la soudure avec 1880 cal en mai-juin et 1528 cal en août-octobre, soit une diminution de 516. Deux années plus tard, la même tendance est observée avec 2193 calories en janvier-mars, 1942 en mai-juin et 1848 en août-octobre¹¹². Igor de Garine donne une parfaite illustration du niveau de restriction alimentaire occasionné par la soudure dans la zone de Khombole en 1961¹¹³.

111. Cinam Orana, *Rapport Hygiène Santé*,. Dakar, 1960, p. 59.

112. A .M. Ndiaye, *op. cit.*, p.9.

113. I. de Garine, *op. cit.*, p.8.

Tableau 3 : Fréquence de consommation des aliments rapportés à 100 repas (d'après le relevé de 4 000 menus) Région de Khombole

	Repas sautés	Repas spéciaux	Mil	Riz	Farine et semoule de maïs	Lait	Poisson frais	Viande	Poisson séché	Repas sans protéines	Arachide	Haricots
Sérères ruraux												
Saison sèche	37	-	89	2	14	10	-	2	67	25	45	-
Saison des pluies	1	-	98	1	4	25	-	-	18	60	20	16
Période de traite	24	-	89	10	-	25	-	2	55	17	37	1
Moyenne	21	-	92	4	6	20	-	1	46	34	34	5
Wolofs ruraux												
Saison sèches	7	21	85	30	30	32	1	10	54	20	51	2
Saison des pluies	2	1	91	3	-	11	-	-	11	78	24	40
Période de traite	1	28	69	25	-	34	1	1	41	20	21	7
Moyenne	3	16	82	19	10	26	2	4	35	39	35	16
Wolofs ruraux												
Saison sèches	16	-	60	40	-	32	32	7	28	5	15	4
Saison des pluies	-	6	66	33	1	30	12	7	39	16	39	17
Période de traite	6	19	60	41	-	39	23	14	24	4	17	10
Moyenne	7	8	62	38	-	37	22	9	30	8	23	10

Source : De Garine I, *Budgets familiaux et alimentation dans la région de Khombole* 1961.

Les Sérères ne consommaient que 79 repas sur 100 repas théoriques. La saison sèche est rythmée par la fréquence des repas manqués : 37 chez les Sérères ruraux contre 7 chez les Wolofs ruraux et 16 au niveau des Wolofs urbanisés. Pourtant, la raison qui a présidé à cette situation était liée au souci de ménager les stocks afin d'assurer la dépense énergétique générée par les travaux champêtres de l'hivernage. Dans ce cadre, les repas manqués pendant la saison sèche étaient surtout « provoqués » dans le but de ménager les greniers des pluies. Il s'agissait, dans certains cas, de restrictions volontaires guidées par une résorption du déficit vivrier de façon anticipée à un moment où les dépenses exigées sont les moins fortes. Toutefois, une enquête alimentaire menée dans la même zone vingt-cinq ans tard plus par Diahm B indiquait la disparition des greniers d'hivernage¹¹⁴.

114. Diahm (B) et alii 1991, « Etudes des différentes préparations culinaires chez les wolofs et sérères du Sénégal » in Lemonnier et alii, *op. cit.*, pp.123-131. p. 129.

En définitive, la situation alimentaire et nutritionnelle est assujettie à un cycle annuel et des variations saisonnières marquées par une grande faiblesse de la couverture énergétique durant la saison des pluies. D'ailleurs les consommations alimentaires connaissent leur niveau d'étiage en août et septembre. Ce phénomène, plus accentué en zone rurale qu'en milieu urbain expose davantage les jeunes enfants, cibles privilégiées de la malnutrition.

Pour le pouvoir colonial, la soudure figurait parmi les problèmes majeurs de l'alimentation dans les colonies. Aussi institua-t-il, dès les années 1910 les Sociétés Indigènes de Prévoyance (S.I.P) afin de suppléer aux carences du système d'approvisionnement occasionnées en partie par la soudure¹¹⁵. La conférence interafricaine pour l'alimentation et la nutrition de Dschang au Cameroun du 3 au 9 octobre 1949, après avoir déploré l'imprévoyance et l'insouciance des paysans noirs, préconisa leur éducation et la création de greniers de réserve pour faire face à la sévérité de la pénurie saisonnière¹¹⁶. En centrant son discours, s'agissant des obstacles à la sécurité alimentaire, sur l'insouciance, l'indolence native et l'imprévoyance des paysans noirs, les autorités coloniales occultaient un aspect structurel essentiel à l'origine de la détérioration de la situation alimentaire : l'essor et la tyrannie de la culture arachidière.

3. Culture arachidière et dynamiques alimentaires au Sénégal

Au Sénégal, dès la période coloniale, la production agricole ne couvre plus les besoins alimentaires du pays. Une telle situation, résultante d'un long processus mérite un éclairage historique.

115. Voir Sow A, *Les sociétés indigènes de prévoyance au Sénégal*, Thèse de Doctorat de Troisième Cycle, FLSH, département d'Histoire, UCAD.

116. ANS 1H56(163).

L'extension et le déplacement du bassin arachidier à partir de la deuxième moitié du XIXe siècle, la monétarisation de l'économie, les nouvelles charges fiscales de plus en plus écrasantes poussèrent les paysans à s'intéresser davantage à la culture arachidière¹¹⁷. Dans les faits, l'expansion de l'arachide exposa, au fil du temps, les paysans sénégalais à un endettement de plus en plus insoutenable. L'arachide, production de masse, modifia les pratiques culturelles traditionnelles et une réduction sensible des surfaces consacrées aux cultures de subsistance (mil, riz, etc.).

Au XIXe siècle, les pratiques culturelles se singularisaient par la coïncidence et le recoupement des calendriers agricoles (arachide et cultures vivrières). En fait, l'arachide et le mil étaient souvent cultivés en alternance sur les mêmes surfaces, avec un assolement biennal qui, au fil du temps, devint de moins en moins triennal. Progressivement, les surfaces arachidières réduisirent sensiblement les cultures de subsistance. Déjà, le Conseil d'administration du Sénégal, dans sa délibération en date du 6 octobre 1849 s'insurgeait contre cette situation paradoxale dans laquelle se trouvaient les paysans obligés de venir à Saint-Louis s'approvisionner en mil alors que quelques années plus tôt, ils étaient les plus gros pourvoyeurs de la colonie en mil¹¹⁸.

A l'orée du XXe, en 1909, avec le triomphe de la culture arachidière dans le Saloum, « les indigènes ont dû consacrer une partie des bénéfices fournis par la première de ses cultures à l'achat de mil nécessaire à leur alimentation »¹¹⁹. Trois années plus tard, le riz fut délaissé en Basse Casamance au profit de l'arachide. Aussi, la culture du riz fut-elle déficitaire en Casamance alors que

117. Vanhaeverbeke A, *Rémunération du travail et commerce extérieur. Essor d'une économie paysanne exportatrice et terme de l'échange des producteurs d'arachide du Sénégal*. Louvain, 1970.

118. Cf Ndao (M) 1998, *Le ravitaillement de la ville de Dakar de 1924 à 1945*. Thèse de doctorat, UCAD.

119. ANS 2G9(8).

quelques années auparavant, elle était si excédentaire que les maisons de commerce émettaient le vœu d'exporter le riz local¹²⁰.

Dans ce contexte, on peut comprendre qu'en 1914, la famine visite la région du Fleuve Sénégal, grenier à mil de la colonie. Cette tendance persista, voire se renforça du fait du déficit céréalier qui se généralisa à partir des années 1920. Du reste, le déficit céréalier fut couplé à une ascension fulgurante de la culture arachidière comme l'illustre le tableau suivant.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

120. ANS 2G12(1).

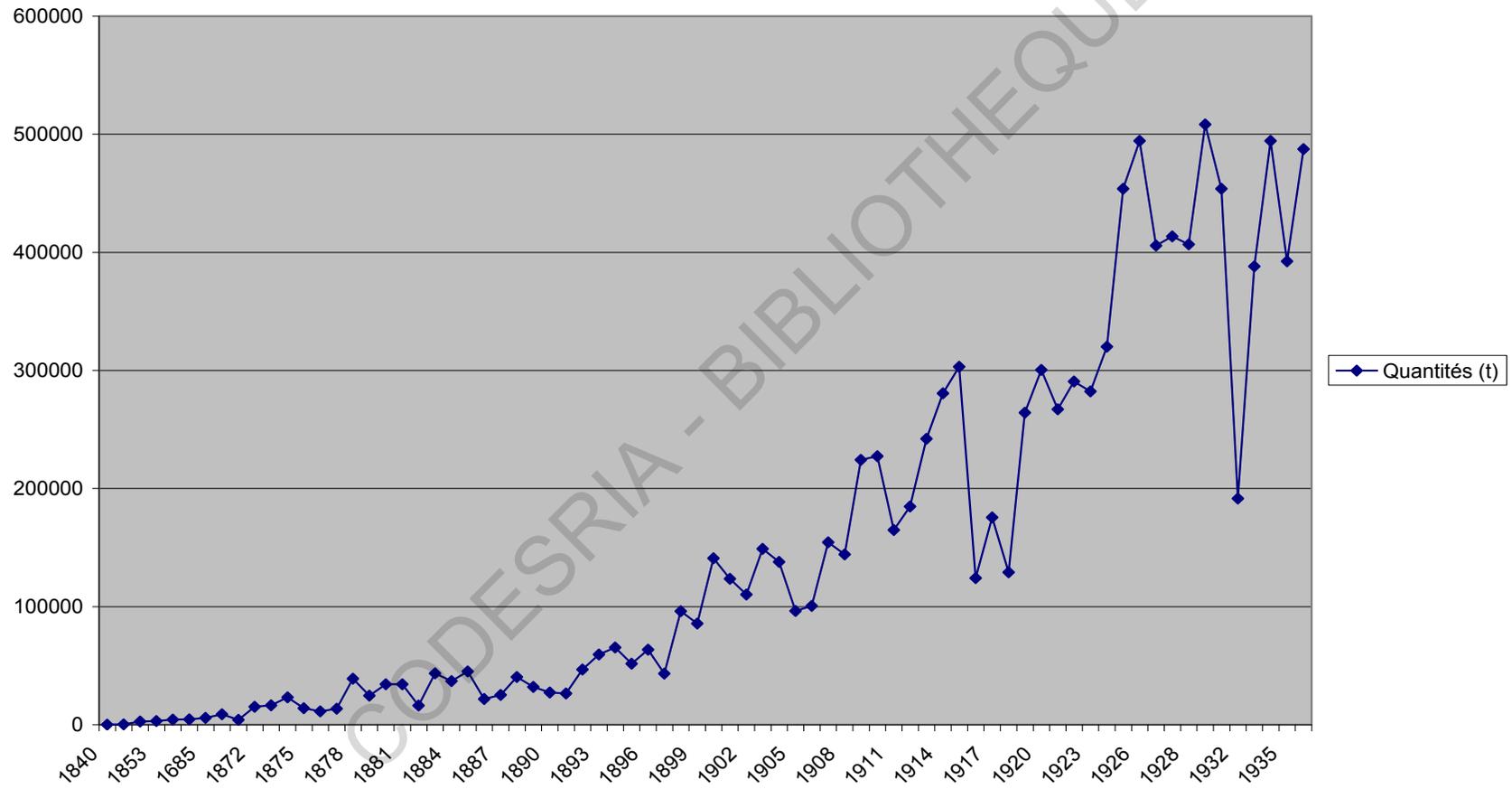
Tableau 4 : Production arachide du Sénégal : Exportation d'arachides du Sénégal de 1840 à 1936

Années	Quantités (t)	Valeurs (F)	Années	Quantités (t)	Valeurs (F)
1840	1		1900	140 922	24 240 000
1841	266		1901	123 483	22 117 000
1843	2 600	268 000	1902	110 225	20 525 000
1853	3000		1903	148 843	34 575 000
1855	4400		1904	137 784	21320000
1864	4489	1122 000	1905	96175	14 851 000
1685	5 811	1452 000	1906	100476	20 976 000
1870	8762		1907	154 496	30721000
1871	3997		1908	144139	32 889 000
1872	15159		1909	224 326	43 892 000
1873	16 408		1910	227 299	49 770000
1874	23 084		1911	164 907	40 943 000
1875	13 902		1912	184 761	42464 000
1876	11315		1913	242 084	59 892 000
1877	13 458		1914	280 526	68 089 000
1878	38 950		1915	303 067	56 229 000
1879	24 604		1916	124 142	28 023000
1880	34 270		1917	175476	52 643 000
1881	34 270		1918	128 976	41 851 000
1882	16 086		1919	264 233	124 546 000
1883	43 500		1920	300 339	292 735 000
1884	36 790		1921	267031	148 697 000
1885	45 061		1922	290 663	152 890 000
1886	21729		1923	282 083	232 820 000
1887	25100		1924	319 987	323 998 000
1888	40 342		1925	453733	505 857 000
1889	31907	7 559 000	1926	494 416	752 643 000
1890	27 221	5 426 000	1927	405 608	616623 000
1891	26391	5 479 000	1929	413 356	593 310 000
1892	46 790	11 636 000	1928	406 760	554 936 000
1893	59 302	11 688 000	1930	508195	501 844 000
1894	65 289	11 350 000	1931	453 841	306731000
1895	51600	7 675 000	1932	191469	162 340 000
1896	63 555	9 146 000	1933	388 010	188 276 000
1897	43123	8 147 000	1934	494 261	234 090 000
1898	95 955	13 615 000	1935	392 308	347334 000
1899	85 543	12 119 000	1936	487 340	351 675 000

S Guiraud X, *Arachide sénégalais, monographie d'économie coloniale, Paris, 1997* 19

Graphique N°2

Quantités (t)



En vérité, le développement de la culture arachidière liée à la demande européenne en produits oléagineux se fit au détriment des céréales locales et, avec le déficit céréalier, les importations suivirent une tendance haussière. Dès le début de la deuxième moitié du XIXe siècle, le gouverneur du Sénégal, Faidherbe essaya de substituer le riz d'importation au mil pour impulser un dynamisme à la navigation française. Selon le gouverneur Faidherbe, « c'est encourager la culture industrielle que d'importer des denrées alimentaires pour les indigènes et de donner l'habitude de s'en nourrir »¹²¹.

Pourtant, jusqu'au début du XXe siècle, la situation vivrière de la colonie n'était guère alarmante. Ainsi, dans le sud, en Casamance, la production de riz était excédentaire. En 1909, « les provisions accumulées par les indigènes dépassent de beaucoup celles des autres années et certaines maisons de commerce sont très embarrassées de leurs réserves de riz dit de traite. Raison pour laquelle quelques commerçants manifestent l'intention de tenter l'exportation du riz indigène »¹²². Toutefois, à partir de 1910, une série de famines est observée dans la colonie : Saloum en 1910, vallée du fleuve Sénégal en 1913. A partir des années trente, du fait des besoins alimentaires accrus liés à l'urbanisation et au déficit du mil à cause de l'arachide, la colonie dut recourir aux importations de plus en plus importantes de riz.

Du reste, à partir de 1920, « l'indigène mangea du riz d'importation qui, se raréfiant, renchérit »¹²³. Dans ce contexte, les importations de riz passèrent de 56 500 t en 1928 à 38 000 t en 1929, « quantité insuffisante pour nourrir les treize cent mille Sénégalais »¹²⁴. Au total, les importations céréalières sont

121. Pasquier 1987, « Un aspect de l'histoire des villes du Sénégal : les problèmes de ravitaillement au XIXe siècle » in Cahiers du C.R.A No 6, pp.177-203 ; p.199.

122. ANS, 2G 9/6.

123. ANS 2G27(61).

124. *Le Temps Colonial*, livraison du mardi 3 février 1931, IFAN.

corrélatives au développement de la culture arachidière : a davantage d'arachide, davantage de riz importé

On peut comprendre, dans un tel contexte, qu'à partir des années vingt, une réelle dépendance alimentaire se fit jour. Il suffit, pour s'en rendre compte, de parcourir le tableau suivant :

Tableau 5 : Production et besoins en mil du Sénégal

Année	Besoins en mil (t)	Production (t)	Taux de couverture
1922	196 700	317 000	161 %
1939	340 000	280 000	82,3 %

Source : A Vahhaeverbeke, *op. cit.*

De 1922 à 1939, on passa de l'excédent au déficit de mil ; les besoins ont accru de 143 000 t en valeur absolue et 72,8 % en valeur relative alors que la production diminuait de 317 000 t à 280 000 t, soit une chute de 37 000 t en valeur absolue et 11,6 % en valeur relative. On peut donc constater que les besoins en mil et la production suivirent des évolutions inverses. Le taux de couverture passa de 161 % à 82,3 %, soit une diminution de presque de moitié.

Production de masse, l'arachide engendra un recul des cultures vivrières. Tout compte fait, la gloire de l'arachide eut de lourdes responsabilités sur le déficit vivrier. D'autant plus que l'extension de la culture arachidière occasionna une dégradation des bases écologiques de la production (déforestation, lessivage des sols.).

Si, à partir des années 1920, les cultures vivrières devinrent déficitaires, si, à partir de ce moment, les importations céréalières, le riz surtout, connurent une tendance haussière, l'arachide en portait de lourdes responsabilités même si des

aléas naturels (sécheresses), politiques (les guerres), les invasions acridiennes ou aviaires pouvaient, à leur tour, compromettre la sécurité alimentaire de la colonie. Dans un tel contexte, les importations alimentaires, notamment le riz connurent une progression sensible. Une telle tendance se renforça toute la période post coloniale durant.

Au Sénégal, le tableau alimentaire et nutritionnel est compromis par un ensemble de facteurs : carences spécifiques, déficits considérables de soudures saisonnières, importations considérables de produits alimentaires, aléas cycliques de sécheresse, tensions au niveau des prix. Cette constellation de facteurs conjuguent leurs effets non sans compromettre, de façon sensible, la situation alimentaire et l'état nutritionnel des jeunes enfants.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE II

LES PRATIQUES, HABITUDES ET COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

L'habitude, liée au comportement revêt une dimension plus pratique. La notion d'habitude alimentaire peut être conçue comme un comportement automatique sur lequel l'influence de la conscience semble minime mais qui stabilise la consommation qualitative et quantitative. Elle est liée à un complexe allant de l'espèce à la culture et au genre de vie en passant par l'économie et le milieu géographique¹²⁵.

Le comportement réfère à un ensemble d'actes qui, bien qu'indépendants de l'organisme, sont générés par le besoin, la pulsion vers la nourriture et dont l'essence est physiologique, chimique, voire psychologique, social et économique. D'une manière générale, les pratiques, habitudes et comportements alimentaires restent intimement liés à un ensemble de facteurs parmi lesquels se dégagent le groupe ethnique ou social, la civilisation et les modes de vie, le milieu géographique et les activités économiques.

1. Acquisition des aliments

Reflète des variations saisonnières, la sauce d'accompagnement est confectionnée à partir de produits de cueillette, de ramassage, de produits d'achat ou de troc. La cueillette et le ramassage occupent une place centrale dans l'acquisition alimentaire, particulièrement en milieu rural.

125. Ndoye T, *Les caractères de l'alimentation africaine*. 4e cours de formation des nutritionnistes de langue française en Afrique, Université de Dakar, Faculté de Médecine, 10 novembre 1961 – 15 février 1962, p. 2.

La cueillette désigne le ramassage, la récolte des substances végétales et animales par les populations considérées comme « *primitives* ».

En période d'insécurité alimentaire (pénurie, soudure, disette, famine), les produits alimentaires de la cueillette peuvent revêtir un aspect vital.

Parmi ces plantes, figurent le *nymphga lotus* appelé *jaaxar* en wolof et dont les graines séchées, grillées et bouillies peuvent suppléer à la pénurie de céréales. Il en est de même du *panicum lateum* (*baxat* en wolof), graminée sauvage appréciée en période de soudure. Le *boscia senegalensis* (*njandam* en wolof, *bañ* en sérère) constitue une sorte de petit pois sauvage. Les pois, extraits de leur coque, sont trempés pendant trois jours avant d'être soumis à une double cuisson (bouillis à deux eaux et salés à la seconde cuisson).

Quant aux légumes et condiments leur dissociation semble difficile, les deux pouvant s'associer dans la sauce alors que plusieurs plantes peuvent fournir leurs feuilles comme légumes et leurs graines comme condiments.

Les feuilles, bouillies et assaisonnées en sauce ou apprêtées en sorte d'épinards, constituent le *mbuum* du Sénégal. Parmi elles, on peut citer les *amaranthus blitum* et *spinousus*, le *moringa pterigosperma* (*nebedaay* en wolof), le *cassia tora* (*nduur*); s'y ajoutent le *trianthema portulacastrum* (*woomu gileem* en wolof) prisé par nombre de Blancs en brousse qui l'appellent le pourpier du Sénégal¹²⁶, le *leptadenia lancifolia* (*caxat* en wolof et sérère) et l'*hibiscus sabdarifa*.

Parmi les feuilles et fruits on peut citer, hormis le baobab, le *parkia biglobosa* (*wuul* en wolof, *nééré* en bambara) dont les fruits peuvent constituer la sauce du sanglé alors que les graines fermentées (*netetu*), source de protéines d'origine végétale, assaisonnent les sauces de la savane africaine. Pour que

126. Ndoye T, 1962, *op. cit.*, p.6.

l'énumération soit complète, mentionnons le *ficus gnapholocarpa* (*gang* en wolof) dont les feuilles mais surtout les figues vertes, très prisées pendant la soudure, accompagnent le couscous sous forme de sauce ; à maturité, les fruits jaunes, sucrés représentent un appoint alimentaire pour les enfants.

Quant aux fruits, variés et divers, ils constituent une réponse aux carences vitaminiques. Parmi la gamme, citons le *zizuphus* dont la pulpe très sucrée est consommée telle ou transformée en farine sous forme de pain, le *parinari macrophylla* (*new* en wolof) ou pommier du Kajoor prisée pour sa pulpe et son amande huileuse riche en lipides, protides et vitamine B1¹²⁷. On aura garde d'oublier le *detarium senegalensis*, fruit de cueillette à haute teneur en acide ascorbique (1000 à 2000 mg pour 100) ainsi que le *balanites aegyptiaca* (*sump*) dont la pulpe sirupeuse est très convoitée pour son amande huileuse, son huile brute est riche en éléments soufrés protecteurs de la peau et des phanères¹²⁸. Usitées en décoction ou en infusion, les plantes, aux vertus médicinales, interviennent dans la préparation des boissons ou décoctions. Il en est ainsi du kinkéliba, du moringa, du *psidium guayava* sans oublier le *vitex cuneata* (*lëng*) le *cassia occidentalis* et le gingembre.

2. Les habitudes alimentaires

En Afrique rurale, l'alimentation est variable en fonction des régions et des saisons. Aussi, distingue-t-on l'alimentation de la côte (pêcheurs) où prédomine le poisson ; l'alimentation de la forêt où le régime est à base de tubercules (manioc, igname). Il s'y ajoute d'une part, l'alimentation de la savane qui prévaut en Afrique de l'ouest à base de céréales (mil, riz¹²⁹, maïs, sorgho) et,

127. Ndoye T, 1962, *op. cit.*, p.7

128. *Ibid.*

129. Seye C, Leclercq V et alii, « Riz contre mil » in *L'Afrique côté cuisine : regards africains sur l'alimentation*. Syros, 1994.

d'autre part, l'alimentation urbaine qui a subi l'influence coloniale au régime constitué de céréales mais aussi de sauces accompagnées de pain.

Les menus reposent sur une base constituée d'un aliment à base d'amidon : riz, mil, tubercule (aspect quantitatif) et un plat onctueux liquide sous forme de sauce. Celle-ci peut se constituer d'oignons, tomates, feuilles, pâtes d'arachides, de légumes (manioc, gombo, oseille, choux) ; en fonction des activités et des revenus, elle peut s'accompagner de poisson ou de viande.

La fonction de la sauce, déterminante dans la constitution des menus est bien mise en évidence par la sagesse populaire des proverbes : « sunuy fataliku laaxub daaw, cifaay laa tax » (la qualité de la sauce détermine la valeur du sanglé). Par la configuration des menus, la cuisine africaine décline la qualité acquise de pouvoir associer les aliments. La technique d'association qui convoque le phénomène de supplémentation est reflétée par un équilibre bouillie-véhicule, pâte - sauce qui guide l'alimentation africaine. La prédominance du cuit est incontestable dans l'alimentation africaine même si les arbres fruitiers peuvent constituer un appoint de taille notamment en période d'insécurité alimentaire.

En gros, les populations prennent trois repas journaliers : un repas important le soir et deux autres de moindre envergure dans la journée constitués par le petit déjeuner pris au début de la journée (souvent composé de reliefs prélevé sur le repas de la soirée précédente), et l'autre au début de l'après midi.

La répartition des repas obéit à des critères de sexe et d'âge.

D'une manière générale, les repas, confectionnés par une ou plusieurs cuisines de la concession, sont pris en commun même si, d'une manière générale, les hommes mangent séparément des enfants et des femmes. En effet, les enfants

peuvent prendre leur repas à part ; souvent, le service des femmes vient après celui des hommes.

Le rythme de confection des repas est fonction du nombre de femmes dans le ménage ou dans la concession ; les repas peuvent être préparés en même temps ou à tour de rôle.

Souvent, on mange à la main avec les membres de la famille afin d'avoir un rapport non médiatisé avec les aliments ; l'aliment exprime un rapport au corps par le biais de la sensation et de l'odeur¹³⁰. Laalebasse disposée au centre, la main est plongée dans le même plat, geste qui symbolise la communauté de destin et la communion. Il est admis que dans les sociétés traditionnelles africaines, l'aliment gère la parenté. Aussi, la nourriture est-elle vivement sollicitée dans la gestion des réseaux de solidarité, la consolidation de l'amitié, de la fraternité et de la parenté. Cette dimension est mise en évidence par la circulation, l'échange à distance de repas, portion de repas, plus connu sous le nom de « plats volants » entre familles entre membres d'une famille ou familles alliées.

L'ordre et la discipline sont au cœur de la prise des repas. Chacun mange devant soi et le patriarche est chargé de la répartition des morceaux de viande ou de poisson. Dans la civilisation alimentaire africaine, le rôtt représente un signe de satiété et de satisfaction gastronomique.

Cependant, certaines contraintes, liées à l'évolution des pratiques alimentaires ont des répercussions fâcheuses sur l'état nutritionnel des enfants. Il en est ainsi des repas et plats communs. Autrefois, le repas était réparti en fonction des classes d'âge et des sexes. Les enfants en cours de sevrage et les femmes enceintes ou allaitantes disposaient de plats individuels en plus des plats ordinaires.

130. Ezembé F, *L'enfant africain et ses univers*, Karthala, 2003, p.

Au fil du temps, particulièrement en ville, les contraintes économiques (faiblesse des capacités budgétaires des ménages, généralisation de la crise économique) ont entraîné la disparition des plats spéciaux non sans conséquences fâcheuses sur les groupes vulnérables à l'image des enfants qui voient leurs consommations réduites en quantité et en qualité.

Sans qu'on puisse, le plus souvent, isoler et quantifier les parts consommées individuellement, on peut supposer que la population infantile se trouve lésée du fait de la disproportion entre les quantités consommées par les adultes et celles des enfants dont la cadence de consommation autour du plat est moins rapide. Une fois sevré, il appartient à l'enfant, le plus souvent, de défendre sa place autour du plat commun. Or, c'est à cette période critique d'après sevrage que le jeune enfant se trouve le moins apte à assurer la couverture de ses besoins alimentaires en nette croissance.

Au fil du temps, il est fréquent de voir, notamment en ville, des pères de famille manger à part des plats succulents (viandes,) au moment où les enfants défendent allègrement leur place autour d'un bol de maigre qualité. La prise en commun des repas et la taille des familles souvent nombreuses ont des répercussions sur la distribution de la consommation au niveau du ménage.

3. Données alimentaires et nutritionnelles au Sénégal

Au Sénégal, des études menées à partir des années 1980 montrent que les céréales assurent 67 % de l'énergie, la viande 3 %, les sucres et le miel 5 %,

l'arachide 4 %, les huiles 12 %¹³¹. On estime que 53 % des calories proviennent des céréales pour Dakar contre 55 % à Louga et 65 % à Linguère¹³².

Dans les grandes villes comme Dakar où il domine et assure un apport de 72 % des calories, le riz est devenu, au fil des temps, une structure du paysage alimentaire.

En milieu rural, la tendance vers la consommation céréalière est plus accentuée. Dans la zone de Khombole, au début des années 1980, les plats à base de couscous de mil, les bouillies sucrées de céréales, de riz représentent (avril - septembre) 94 % des menus sereer contre 90 % chez les Wolof¹³³. Vingt cinq années plus tôt, une enquête réalisée dans la même zone confirmait cette tendance même si, s'agissant des Wolofs, le mode de consommation tendait vers le style dakarois¹³⁴.

A Kédougou et à Diourbel, cette proportion était respectivement de 65 à 70 % des calories provenant des céréales avec pour principale source le mil¹³⁵.

Dès lors, le régime, souvent déséquilibré du fait d'un état de carences spécifiques, vitaminiques et protidiques expose une importante partie de la population, notamment les groupes vulnérables à l'image des femmes gestantes ou allaitantes et des enfants.

Une étude menée dans la Vallée du Fleuve Sénégal à la fin des années 1950 laisse apparaître de graves déficits vitaminiques¹³⁶.

131. Primature 1999, *La stratégie nationale de sécurité alimentaire au Sénégal*. Document final, p. 28.

132. Ndiaye (A.M) 1985, *Analyse de la situation nutritionnelle de la mère, de l'enfant et du nourrisson*, Orana , Dakar ; p. 421

133. Diahm (B) et alii 1985, « Disponibilité des denrées alimentaires et mode de consommation en milieu rural sénégalais : cas de Khombole » in *Les carences nutritionnelles dans les pays en voie de développement* . s/d Lemonier (D), Karthala ACCT 1989, pp. 5376542, p. 539.

134. De Garine 1961, *Budgets familiaux et alimentation dans la région de Khombole (Sénégal)*. Orana, Dakar

135. Ndiaye (A.M), *op. cit.*, p.45.

136. Boutillier J.L et alii, *op. cit.*,

Tableau 6 : Comparaison des besoins avec la ration dans la Vallée du Fleuve Sénégal

Eléments	Besoin	Consommation	Consomm. / Besoin x 100
Vitamine A (U.I)	4516	3600	79,7
Vitamine BI (mg)	1,2	2,2	183,3
Vitamine B2 (mg)	1,6	1,4	87,5
Vitamine PP (mg)	11,8	20	169
Vitamine C (mg)	72	42	58,3

Source : Boutillier J.L, Cantrelle P, Causse J, Laurent, Ndoye T, *La Moyenne Vallée du Sénégal (Etude socio-économique)* PUF, 1962, p. 185.

La consommation, comme on le voit, ne couvre pas les besoins en vitamines A, B2, PP, C. D'ailleurs les données nutritionnelles issues de plusieurs enquêtes de consommation alimentaires (Palès 1946 et 1954, Raoult 1954, MISOES 1957, CINAM 1959, ISEA 1965, de Garine 1961, FAO 1976, ORANA) mettent en évidence un grave déficit qualitatif même si, au niveau quantitatif, les besoins théoriques sont souvent couverts.

En atteste l'enquête alimentaire effectuée en 1961 dans la région de Khombole.

Tableau 7: Consommation alimentaire en saison des pluies (août – septembre 1961)
Région de Khombole (moyenne individuelle)

	Calor totale	Protides		Lipid mg	Calcium mg	Fer mg	VitA UIX	VitBI mg	VitB2 mg	Niacine mg	Acide Ascor- bique
		Anim G	Végét G								
Sereer ruraux (Mbourouaye)	3 123,06	4,20	162,45	45,15	738,38	39,41	277,38	3,51	0,80	6,34	65,2
Wolof Ruraux (Niama)	3 042,20	3,70	91,93	35,74	438,79	141,82	141,82	2,77	0,89	10,87	23,8
Sérères ruraux (Mont Rollond) Enquête Orana 10/07/195614/ 08/1956	3 004,69	5,58	65,82	32,82	853,86	2 157,07	2 157,07	1,81	0,63	4,28	124,3

Source, de Garine I., *Budgets familiaux et alimentation dans la région de Khombole (Sénégal)*, 1961

Le régime, en dépit d'un apport calorique suffisant, est marqué par des carences. Le calcium, la vitamine B2, la vitamine C sont inférieurs aux besoins alors que le taux de fer s'avère insuffisant au niveau des Wolof de l'escale (centre de Khombole) et celui de la niacine chez les ruraux. En milieu rural sénégalais, les carences nutritives peuvent être accusées comme l'illustre l'enquête alimentaire menée dans trois villages de la région de Thiès (Darou Khoudoss, Notto Gouye Diama, Keur Mory Fall) en 1962.

Tableau 9 : Ration effective et besoin théorique du rationnaire de chaque village

	Calories	Protides végét., animales dont total protides animaux	Lipides gr	Ca mg	Fer mg	B1 mg	B2 Mg	Vitpp mg	Vit c mg
Ration eff Village I	2 877,24	57,55 ; 16,35	122,94	314,10	8,42	1,09	0,59	13,03	79,29
Besoins théor	2 256,84	58,80		460,90	11,51	1,29	1,59	13,08	74,17
RE Village II	2 145,14	55,22 ; 5,65	53,75	400,81	10,2	1,52	0,66	13,83	77,29
BT	1 148,28	58,27		482,23	11,95	1,23	1,60	12,39	74,62
RE Village	2 024,70	61,25 ; 6,23	52,71	498,44	11,35	1,47	0,64	12,69	43,91
BT	2 041,46	57,91		482,51	11,00	1,19	1,55	12,28	72,96

Source : ISEA 1965

Cette enquête, menée par l'ISEA laisse apparaître d'importantes carences en micro-nutriments (protéines, calcium, fer, vitamines B1, B2) en dépit de la couverture des besoins théoriques et d'un apport calorique suffisant.

En 1966, une étude sur les enfants sénégalais donnait les taux de consommation suivants : calories totales 2 500 ; protides totaux 67g70 ; protides animaux 18g30 ; lipides 52g60 ; calcium 462 mg ; fer 15 mg ; vitamine A 6290 (UI) ; vitamine B1 1mg50 ; vitamine B2 0mg58 ; niacine 8 mg ; vitamine C 14 mg. Ces taux signalaient un faible déficit en calcium, 50 % de déficit en vitamine C et surtout un déficit accusé en protéines animales¹³⁷.

En définitive, le régime alimentaire, du fait de la division impériale du travail marquée par la tyrannie de l'arachide et le recul des cultures vivrières, se

137. NDoye T. 1968, Rapport sur la situation de la nutrition au Sénégal. Conférence ouest africaine sur la nutrition et sur l'alimentation de l'enfance. Dakar, Sénégal 25-29 mars 1968 pp. 131-135 ; page 132.

singularise, au fil du temps, par des carences spécifiques (vitaminiques, protéines) qui, le plus souvent, sévissent à l'état endémique.

Pourtant, s'il ressort des enquêtes de consommation menées pendant la période coloniale et même post coloniale des carences qualitatives, il n'en demeure pas moins vrai que, pour l'essentiel, l'apport calorique reste suffisant. Il est même dès fois supérieur aux besoins théoriques.

Toutefois, une tendance globale se dégage vers une détérioration progressive de la situation alimentaire. L'analyse des enquêtes alimentaires depuis 1946 mettent en évidence quelques indices qui permettent de se faire une idée sur la diminution progressive de l'apport énergétique moyen. En réalité, les changements de goûts alimentaires, le cycle de sécheresses tendent vers une réduction des consommations alimentaires dans les grands centres urbains du Sénégal à l'image de Dakar. A la carence qualitative alimentaire d'antan, répond l'insuffisance énergétique qui, au cours du temps, tend à se généraliser.

Dans un tel contexte, la non couverture des besoins énergétiques est devenue une donnée permanente. D'ailleurs, au Sénégal, « le déficit énergétique semble être le problème le plus important »¹³⁸.

Progressivement, le processus de paupérisation retentit sur les comportements et les consommations alimentaires, surtout en milieu urbain : réduction du nombre de repas avec la suppression du petit déjeuner, voire du dîner. Aussi, les restes du dîner, jadis consommés au petit déjeuner sont-ils de plus en plus sautés alors que pour les enfants, le goûter de l'après-midi ne semble plus être de saison dans certaines familles pauvres.

138. Primature 1999, *op. cit.*, p. 28

4. L'allaitement et l'alimentation du nourrisson

Une étude de la FAO en 1952 soulignait l'universalité de l'allaitement en Afrique. En effet, « dans presque toute la région étudiée, les enfants sont généralement nourris au sein jusqu'à l'âge de deux ou trois ans, et même, dans quelques cas exceptionnels, jusqu'à l'âge de cinq ans »¹³⁹. Le Sénégal ne déroge pas à la règle. L'allaitement, universel, est souvent prolongé.

Jusqu'à six mois l'allaitement maternel représente un élément essentiel du nouveau-né. Toutefois, avant la première mise au sein, une nourriture spirituelle est administrée, composée d'eau bénite, de versets du Coran et de lait de chèvre¹⁴⁰. Plus tard, le lait de vache ainsi que les bouillies enrichies vont constituer des compléments de l'allaitement maternel¹⁴¹.

A partir de six mois, des aliments prélevés du plat familial, le plus souvent écrasés avant la consommation, sont donnés au bébé. En sus du lait maternel, l'enfant reçoit des bouillies de mil cuit à l'eau et fermenté, du couscous, du riz, des arachides pilées. En général, l'état nutritionnel est fonction de l'âge. A l'alimentation liquide succède un régime ordinaire d'abord progressif avant d'être intégral à la deuxième année avec l'apparition de la dentition.

Cette étude réalisée dans la région de Dakar en 1952 par le médecin commandant Bergouniou est bien illustrative à ce niveau.

139. FAO, *Le kwashiorkor en Afrique*. Rome 1952.

140. Maodo Fall, entretien à Bignona le 20 /9/ 2005.

141. Adama Awa Diallo, entretien à Bignona le 20 /9/ 2005.

Tableau 10 : Pratiques alimentaires des jeunes enfants

Age (mois)	Wolofs	Sérères	Lébous	Peulh
0-6 mois	Lait maternel (LM)	LM	LM	LM
6-11 mois	LM +Bouillie de céréales (BC)	LM+BC+Poissons	LM+BC+couscous	LM+BC+protéines animales
12-17	LM+BC+ Fruits disponibles + riz	LM+BC+Lait (vache, chèvre, mouton)	LM+BC+Bouillies +riz+poisson	LM+BC+Protéines animales
18-24	Tous les aliments disponibles	Tous les aliments disponibles	Tous les aliments disponibles	Tous les aliments disponibles
25 et+	Alimentation de type adulte + bouillies	Alimentation adulte	Alimentation adulte	Alimentation adulte

Source : Bergouniou J L 1952.

Les enfants Lébous semblent privilégiés du fait de la nature de leur régime protidique où le poisson tient une part importante. Le régime des enfants Wolofs et Sérères, pour l'essentiel végétarien, peut être amélioré à partir de 11, voire 12 mois, de poissons, de lait de vache en fonction de la période de l'année et du pouvoir d'achat des parents. Quant aux enfants peuhls, ils disposent à cause de l'abondance du cheptel, d'un régime légèrement hyper protidique et présentent un état nutritionnel relativement meilleur par rapport à celui des autres ethnies.

En somme, l'état nutritionnel des enfants varie selon les groupes ethniques et les activités socioprofessionnels. Si l'alimentation peut être hyper protidique au sein des pêcheurs lébou et équilibrée au niveau des pasteurs peuhls, elle est souvent végétarienne s'agissant des cultivateurs wolofs et sérères. Pourtant, les déficits quantitatifs et qualitatifs des régimes peuvent occasionner plusieurs carences : apport calorique insuffisant, apport qualitatif inadéquat, hypogalactie maternelle. Cette situation est souvent aggravée par certaines

erreurs alimentaires comme l'absorption de sauces pimentées par des nourrissons pouvant provoquer l'irritation du tube digestif et des troubles dyspeptiques difficilement réversibles. Pendant les années quarante, il meurt chaque année à Dakar, d'après les services de santé, 45 à 50 enfants par fautes alimentaires¹⁴². L'imbrication de ces différents facteurs engendre des carences par non assimilation d'éléments indispensables à la nutrition qui se manifestent par la malnutrition protéino-énergétique, la xérophtalmie et l'anémie nutritionnelle principale cause de mortalité infantile.

Pourtant, ce tableau sombre ne saurait noircir la situation de l'enfant relativement privilégié dans les sociétés africaines. D'ailleurs, dès la naissance, les massages et bains des nouveaux-nés (beurre de karité, huile, onctions) pour les protéger contre les maladies infantiles attestent des soins attentifs destinés à les maintenir en bonne santé. Le bébé était nourri au sein de la mère ou, celle-ci disparue, au sein d'une parente ou d'une voisine qui le faisait naturellement¹⁴³. L'infanticide, l'abandon d'enfants étaient assez rares dans une société où l'enfant, considéré comme un trésor, était traité avec tendresse¹⁴⁴. Cette mystique de l'enfant lui conférait une place importante dans la famille ou dans la société¹⁴⁵. Don de Dieu, l'enfant est un nouveau membre de la famille et de la communauté dont il prolonge la lignée¹⁴⁶.

Au fil du temps, se dégage une tendance au recul de l'allaitement maternel surtout en milieu urbain qui s'explique par le passage des modes de vie traditionnels à un genre de vie urbain. En ville, le changement de la position sociale de la femme amenée de plus en plus à gagner sa vie à l'extérieur du foyer

142. ANS 1H25 (26)

143. Faye F, entretien Khombole le 17/10/2005.

144. Ndiaye M, entretien Khombole le 17/10/2005.

145. Manga F.B, entretien Ziguinchor, le 27/09/2005.

146. Mendy Merry, 83 ans entretien Ziguinchor, le 20/09/2005.

constitue un obstacle majeur à l'allaitement. De plus, mentionnons l'influence et l'adoption des attitudes et genres de vie modernes : le sein devient symbole sexuel et non plus source de nourriture.

A ces problèmes, s'ajoutent d'autres liés aux pratiques de l'allaitement. C'est un fait, en tout cas que la majorité des mères ne mettent pas l'enfant au sein dès le premier jour, du fait d'une nocivité supposée du colostrum. La boisson de transition précédant l'allaitement maternel est composée de liquides et d'aliments rituels (eau bénite, onction, etc.) qui peut être source d'infection. Il s'y ajoute l'introduction du lait maternel à partir du 3^e ou 4^e jour qui retarde la lactogénèse. La consommation modeste de fruits, l'introduction souvent tardive de la bouillie enrichie compromettent sensiblement le tableau alimentaire.

5. Le sevrage et son influence sur l'état nutritionnel des enfants

Les conditions alimentaires et les états nutritionnels sont également déterminés par l'âge. Au cours des deux premières années de sa vie, l'enfant observe un régime liquide jusqu'à six mois, moment à partir duquel s'opère l'introduction des premiers aliments autres que le lait alors que l'alimentation de type adulte commence à partir du troisième semestre, voire plus. En Casamance, dans la société manjak, l'enfant peut être allaité jusqu'à deux, voire trois ans¹⁴⁷.

C'est également durant la première enfance que s'effectue le premier sevrage déterminant sur l'état nutritionnel des enfants. Moment de rupture, le sevrage marque la fin de l'allaitement maternel ainsi que la relation d'exclusivité que la mère entretenait avec l'enfant. La période, variable selon les cultures, peut être déterminée par plusieurs facteurs : évolution motrice de l'enfant (marche, apparition des dents), nouvelle grossesse, reprise des relations conjugales. Chez

147. Mendy Merry, 83 ans entretien Ziguinchor le 20/09/2005.

les Manjak, l'enfant est sevré à l'âge de deux, voire trois ans à la période des récoltes. Le choix de la période, loin d'être fortuit, est dicté par la nécessité d'épargner, durant cette période d'abondance, de toute vicissitude alimentaire pouvant influencer négativement sur le devenir de l'enfant¹⁴⁸.

Après le sevrage, l'enfant était le plus souvent confié à une autre femme de la famille ou placé dans un autre village où il était pris en charge par une autre personne (sœur aînée, grand-mère, parente). Les méthodes utilisées (cacher le sein, repas spéciaux donnés à l'enfant, boissons de transition sous forme d'eau bénite)¹⁴⁹ ne sauraient aucunement altérer le caractère progressif du sevrage même s'il peut devenir dramatique lorsqu'il est brutalement mené avec un changement sans transition du mode d'alimentation et une modification brusque de l'attitude de la mère.

Etape cruciale dans la vie de l'enfant, « problème alimentaire de base dans la colonie »¹⁵⁰, le sevrage constitue un moment durant lequel le lait maternel ne peut plus subvenir exclusivement aux besoins nutritifs. La période est d'autant plus délicate qu'elle constitue une phase de transition entre une alimentation de type liquide comme le lait et une nourriture solide à l'image du régime de l'adulte. En réalité, « dans le cours de la vie, la période la plus critique, du point de vue de la nutrition est celle dite du sevrage », d'autant plus qu'« entre le moment où il entre dans la vie alimentaire de l'adolescent ou de l'adulte, il n'y a pas de plan alimentaire »¹⁵¹. De sorte qu'« il y a un fossé que tous ne franchissent pas »¹⁵².

148. Mendy Merry, 83 ans entretien Ziguinchor le 20/09/2005.

149. Mbodj Alpha, entretien à Diagane Barka Thilor 22 août 2006

150. Raoult A, *Plan de lutte contre la malnutrition en AOF*. ORANA. Dakar, 1956.

151. *Ibid.*

152. Palès L, *Rapport de la délégation de l'AOF à la Conférence Interafricaine sur l'Alimentation et la Nutrition*. Dschang, Cameroun, 1949.

Lorsqu'il quitte le lait maternel, l'enfant peut s'exposer à une insuffisance de la ration normale en calories et à un déséquilibre alimentaire du fait d'un déficit en substances albuminuriques surtout d'origine animale. Une étude effectuée dans la banlieue dakaroise par le médecin commandant Bergouniou a ciblé le « gouffre nutritionnel » post sevrage comme le facteur essentiel des problèmes sanitaires rencontrés par l'enfant¹⁵³. L'enquête menée du 21 décembre 1951 au 9 janvier 1952 concernait 665 enfants (275 Lébous, 266 Wolofs, 44 Peuhls, 35 Toucouleurs, 34 Sérères et 11 divers) répartis en 3 groupes.

Dans le groupe des enfants de 0 à 8 mois, 96,7 % des 218 sujets examinés ne décelaient aucun signe de malnutrition (seuls 3 enfants wolofs athrepsiques et un sujet lébou anémique présentaient des accès de fièvre répétés) et 3 enfants lébous hyperkératosiques (soit 1,3 %) avec un bon état général. En somme, très peu d'enfants dévoilaient des syndromes et signes carenciels (malnutrition ou sous-nutrition) dans la tranche d'âge de 0 à 8 mois quel que soit le groupe ethnique.

S'agissant des enfants de 8 mois au sevrage, 115 (soit 61,1 %) des 188 examinés ne manifestaient aucun signe carenciel. Quant au groupe des 259 enfants sevrés examinés, 170 présentaient des signes carenciels de sous-nutrition et de malnutrition protéino-énergétique (soit 65,7 %). Ce qui est illustré par le tableau suivant :

153. Bergouniou J.L, *Malnutritions et sous-nutrition observées chez les jeunes enfants de la presqu'île du Cap vert*. Rapport de la Conférence Interafricaine sur l'Alimentation et la Nutrition de Fajara (Gambie) 1952.

Tableau 11 : Syndromes ou signes carentiels rencontrés chez les enfants après leur sevrage

Affection ou état nutritionnel	Lébous	Wolofs	Peuhls	Toucouleurs	Sérères	Divers	Totaux
Kwashiorkor	6	5	0	1	0	0	12
Affections graves, signes de kwashiorkor sans oedèmes	9	14	0	3	0	0	26
Etats graves où le paludisme est nettement en cause	8	12	2	2	0	0	24
Affections légères avec un ou plusieurs signes	26	36	4	5	3	1	75
Cheveux plus ou moins rares, défrisés, rousses Malnutrition ?	4	16	3	1	2	0	33
Etat nutritionnel normal ne présentant aucun signe	19	37	10	6	11	0	89
Total	79	120	25	18	16	1	259

Source : Médecin Commandant JL Bergouniou 1952.

A l'analyse, la rupture introduite par le sevrage se manifeste par des signes de malnutrition qui apparaissent en général après l'âge de 8 mois et passent par un maximum après le sevrage, mettant ainsi en évidence les relations entre l'alimentation, le sevrage, l'état nutritionnel et la santé infantile. Dans cette perspective, l'état nutritionnel reçoit une dimension épidémiologique. Aussi, l'état nutritionnel d'un enfant devient-il une condition physique et un état sanitaire qui conditionnent la performance, la mortalité et la morbidité. Les pourcentages globaux indiquaient 4,6 de kwashiorkor, 10 % d'affections graves dans lesquelles le paludisme était nettement en cause ; 28,9 % de signes légers de carences diverses et 12,7 % de signes très légers ne touchant pas l'état général.

Somme toute, des signes de malnutrition apparaissaient au niveau de tous les villages et groupes ethniques même si les enfants Peulh, consommateurs de lait semblaient plus épargnés, comparés aux autres. Aucun enfant Peulh sur les 44 examinés ne dévoilait un gros foie. Seuls ont été décelés 3 chéilites, 1 hyperkératose et 6 sujets à cheveux légèrement décolorés avec un très bon état général. L'action préventive du lait sur le kwashiorkor et les syndromes voisins semblait déterminante.

La période de sevrage constitue le moment le plus critique pour l'enfant du point de vue de la morbidité et de la mortalité. Une autre étude menée dans un autre contexte, en particulier à Abidjan en 1966, conforte les mêmes tendances en montrant une étroite association entre la pathologie nutritionnelle, infectieuse et parasitaire¹⁵⁴.

Tableau 12: Malnutrition en fonction de l'âge

Age	Nombre de cas relevés
< 1 an	6 cas
12 à 18 mois	20 cas
18 à 24 mois	31 cas
24 à 30 mois	14 cas
30 à 36 mois	12 cas
4 ans et plus	9 cas

Source : Chapuis Y. et alii, «Pathologie du sevrage», Les premières journées médicales d'Afrique noire d'expression française, *Médecine d'Afrique noire*, juillet 1967, pp. 193-195, p. 193

Le tableau établit des relations entre la période du sevrage et les états de dénutrition ou de malnutrition ainsi que les diverses infections ou parasitoses si fréquentes à cet âge. Il apparaît que la malnutrition survient dans la plupart des

154. Chapuis Y. et alii, « Pathologie du sevrage », Les premières journées médicales d'Afrique noire d'expression française, *Médecine d'Afrique noire*, juillet 1967, pp. 193-195, p. 193.

cas dans le premier semestre qui suit le sevrage. Ainsi, 31 cas ont été relevés entre 18 et 24 mois, période où intervient pour l'essentiel le sevrage.

La principale conséquence du sevrage est, pour l'essentiel, d'ordre nutritionnel. Elle se manifeste à des degrés divers, soit par un simple ralentissement de la courbe pondérale observée à partir de 6 mois, soit par des malnutritions frustes ou franche, toutes deux résultantes d'une alimentation certes suffisante en calories, mais déséquilibrée (déficit protidique, excès d'hydrate de carbone)¹⁵⁵.

A la malnutrition, peuvent s'ajouter des états de dénutrition liée à une ration calorique insuffisante qui s'expriment par la minceur ou qui peut s'aggraver pour évoluer vers la cachexie.

Les désordres nutritionnels occasionnés par le sevrage peuvent se manifester par des états mixtes de malnutrition et de dénutrition dont la conséquence est un ralentissement statural.

A partir des années trente, dans le cadre de la réalisation de la politique de mise en valeur coloniale, le péril alimentaire infantile fut inscrit dans les préoccupations des pouvoirs coloniaux. Le professeur Robert Debré en donne une parfaite illustration dans son allocution lors des Journées Médicales de Dakar d'Octobre 1957 : « il se produit un phénomène extrêmement grave au moment du sevrage ; lorsqu'il quitte le lait maternel, l'enfant est généralement mal nourri et qu'il n'a ni sa ration convenable en calories, ni l'équilibre convenable et en particulier qu'il manque de substances albuminuriques, et d'albumine d'origine animale »¹⁵⁶.

Antérieurement, sur la même lancée, le rapport final de la Conférence interafricaine sur l'alimentation et la nutrition de Dschang (1949), après avoir

155. Chapuis Y. et alii, *op. Cit.*, p. 194.

156. ANS 1H103(163) : Allocution du Pr. Debré, Journées médicales de Dakar, octobre 1957.

insisté sur le rôle de la mère dans les carences nutritionnelles infantiles, reconnu tout de même l'urgence de mesures appropriées à l'égard des enfants en âge de sevrage¹⁵⁷. Pour les autorités coloniales, les solutions furent axées sur la promotion et les essais de centres ruraux sous forme de jardins d'enfants ou de centres de récupération nutritionnelle préconisés par l'OMS afin de suppléer aux carences des structures sanitaires en matière de lutte contre la malnutrition. Le système consista à l'institution d'un repas hyper azoté dans des centres nutritionnels expérimentaux (Mont Rolland, Popenguine).

Après l'indépendance le problème du sevrage revient au devant des questions nutritionnelles et sanitaires infantiles. Parmi les objectifs du deuxième plan quadriennal de développement économique et social (1965-1969), figure la priorité de la médecine de masse sur la médecine individuelle. La réalisation d'un tel objectif implique, selon le planificateur, la lutte « contre le péril alimentaire du sevrage »¹⁵⁸. La même priorité est réaffirmée dans le IVe Plan de Développement Economique et Social.

En réalité, la malnutrition qui apparaît le plus souvent au moment du sevrage, « jointe aux maladies infantiles est un des facteurs les plus importants de la mortalité du jeune enfant et son incidence sur le développement ultérieur des enfants est lourde de conséquences »¹⁵⁹.

Jusqu'à l'âge de 6 mois, l'état nutritionnel du nourrisson est souvent normal du fait des apports du lait maternel. Toutefois, à partir de cet âge, en l'absence d'aliment de complément, sa courbe de croissance s'infléchit pour évoluer, le plus souvent, vers des troubles nutritionnels (malnutrition fruste ou franche, dénutrition). Etape décisive et délicate dans la survie de l'enfant, cap initial qui

157. AN 1H56(163).

158. ANS IIe Plan Quinquennal de Développement Economique et Social (PQDES) 1965-1969

159. IV e P.Q.D.E.S. Dakar, NEA. 191974, P.204.

reste encore meurtrier, le sevrage constitue une période critique d'apparition de troubles nutritionnels aigus et de handicaps difficiles à résorber au cours de la croissance.

6. L'alimentation post sevrage du jeune enfant

Dans plusieurs sociétés africaines, l'enfant, après le sevrage, commence à manger comme ses parents. Le garçon, jusqu'à quatre ans, mange souvent avec sa mère avant de la quitter à partir de cet âge pour prendre ses repas avec son père. Bien souvent, celui-ci passe à l'enfant de petites poignées prises à laalebasse commune. Quant à la fille, elle reste avec sa mère jusqu'au mariage. Dans ces conditions, son état de santé est souvent bien meilleur que celui du garçon. Chez les Bambaras, le gâteau, confectionné à base de pâte de mil nourrissante et digestive, est bien présent dans l'alimentation de l'enfant¹⁶⁰.

Après le sevrage, il vit du même régime que ses parents. Le matin l'enfant reçoit de sa mère une bouillie de mil ou de riz, des patates cuites sous les cendres, des arachides, des beignets ou du gâteau réchauffé¹⁶¹. La journée, l'enfant en milieu rural consomme, hormis le repas de midi, une diversité d'aliments : fruits, graines, noix, petite chasse (oiseaux, écureuils, rats palmistes, etc.). Le soir seuls les grands enfants (plus de 10 ans), capables de défendre leur place mangent autour de laalebasse commune. Les plus jeunes partagent le repas avec le père de famille qui, généralement, ne touche à l'aliment avant que tous les enfants ne soient rassasiés¹⁶².

D'une manière générale, l'enfant ne mange que chez lui ; ailleurs, en dehors de la maison, il lui était interdit de consommer des aliments. De tels comportements

160. Sissoko F.D, « L'enfant Bambara de Djitoumou », Enquêtes sur l'enfant noir. *Bulletin de l'Enseignement de l'AOF*. No 76, juillet septembre 1931, p. 4-2, p. 10

161. *Ibid.*

162. *Idem*, page 11

prépare à la retenue, surtout s'agissant des aliments d'origine douteuse et à la maîtrise des instincts.

Dès le troisième mois, le régime de l'enfant se transforme et connaît une certaine diversification avec des bouillies de mil cuites à l'eau et fermentées. Après la première poussée dentaire, le jaune d'œuf entre dans le régime de l'enfant. Avant cette étape, on estime que la consommation de jaune d'œufs représente un obstacle à l'acquisition du langage et au développement de l'intelligence. Dans certaines zones, selon des croyances, la consommation courante d'eau est supposée stimuler l'audition et l'intelligence chez l'enfant.

Pour rompre la monotonie de la bouillie de mil consommée avec du lait, du beurre, de l'huile de palme ou de jus de pain de singe, la maman ou la grand-mère confectionnait un menu sous forme de bouillie accompagnée de légumes et condiments (courges, gombo frais, oseille, patate, etc.) auxquels pouvait s'ajouter du poisson frais (*laaxu gar*). Si la bouillie est accompagnée de poisson sec, salé ou fumé, on ajoute à la cuisson de la farine d'arachide (*ngurbaan* chez les Sérères et *laaxu caaxaan* chez les Wolof). L'option pour les bouillies obéit à des normes qui tiennent de la croissance de l'enfant : il s'agit d'aliments faciles à avaler pour un enfant sans dentition complète.

Du septième mois jusqu'à trois ans, le régime passe progressivement du liquide au solide et son alimentation est fonction de l'apparition de sa dentition et de ses capacités digestives. Il s'agit plus précisément d'un régime semi liquide de transition évoluant vers le liquide.

Dans ce contexte, la bouillie de mil (*ruy*) cède la place à la bouillie épaisse, au riz à la farine ou pâte d'arachide, accompagné de niébés, de poisson fumé ou salé (*daxin*). A la bouillie de céréales devenue de plus en plus épaisse ("*laax*" ou

fondé), s'ajoutent le « *caakri* » (mil au lait caillé), des haricots du terroir (*ñebbe*) et d'autres mets variables en fonction des ethnies et des régions géographiques.

A partir de quatre ans, l'enfant commence à intégrer la calebasse familiale commune. Le menu, souvent accompagnée d'une sauce épicée, comporte des matières végétales, grasses, des condiments, un peu de poisson frais, séché ou fumé¹⁶³. Ce processus d'autonomie alimentaire n'exclut aucunement la consommation de mets divers en dehors des repas : couscous, lait caillé, lait de vache ou de chèvre bouillie, beignets, biscuits.

Souvent, le lait de chèvre constitue un additif à l'alimentation du jeune enfant. Aliment rituel et thérapeutique, il est souvent associé à la bouillie de mil, s'il n'est pas consommé frais ou caillé. Dans plusieurs sociétés ouest africaines, la chèvre occupe une place de choix dans l'imaginaire collectif, voire magico religieux. Ses vertus thérapeutiques préventives et curatives sont présentes dans plusieurs sociétés¹⁶⁴. Sa peau, ses poils, ses cornes sont très prisés dans la confection de talismans du fait de leurs vertus protectrices supposées ou réelles. Sa langue consommée par le jeune enfant est supposée le protéger du mauvais œil, la mauvaise langue et le mauvais sort¹⁶⁵.

De 7 à 8 ans, la chasse (oiseaux, petits animaux), la cueillette, la pêche selon le milieu inscrivent l'enfant dans une dynamique d'autonomie tout en lui permettant de suppléer aux carences vitaminiques et protidiques souvent relevées dans le régime alimentaire.

163. Moretti G, « L'alimentation en Afrique Noire », *Tropiques* No 32, mars 1956.

164. Mbodj Alpha, entretien à Diagane Barka Thilor 22 août 2006.

165. Même références ci-dessus.

D'une manière générale, l'aliment occupe, pour le jeune enfant, une position importante dans la stratégie de l'apprentissage de l'échange¹⁶⁶. Cet élément est perceptible à trois niveaux : l'intégration du plat familial, les repas supplémentaires et les compléments divers.

Ainsi, dès trois ans, l'enfant intègre le plat familial, choisit sa place et, progressivement, acquiert les normes : posture à adopter durant la prise des repas, la manière de se servir, la direction du regard (manger avec la main droite, regarder devant soi). Le plat familial, sous ce rapport, revêt une place centrale dans l'éducation du jeune enfant.

Quant aux repas supplémentaires, ils sont conçus comme un rattrapage alimentaire. Il s'agit des mets pris en dehors du plat familial : restes de repas, riz, bouillies, lait caillé, couscous au sucre et à la pâte d'arachide. A ce niveau, interviennent, dans ce processus d'autonomisation alimentaire, l'entourage proche : mères, grands parents, père, oncles. Souvent, le repas est pris dans un petit bol, sous la protection du proche entourage. L'enfant peut se nourrir seul même si, dans la plupart des cas, la main de sa mère est sollicitée.

La leçon que l'on tire de cette pratique est qu'il n'existe pas de coupure brutale après le sevrage, période de transition délicate, mais gérée avec souplesse et circonspection. La privation du sein est compensée par le contact physique et le rapport au corps de la mère. Jusqu'à la naissance du cadet, l'enfant reste le maître du ventre et des jambes de sa mère. Cet envahissement exclusif du corps de la mère par l'enfant est, du reste, exprimé, on ne peut plus clairement par la sagesse wolof : « *pooju ndey lumu lax lax, doom toog ca* » (aussi flasque soit elle, l'enfant s'essiera sur la cuisse de sa mère).

166. Zempleni-Rabain J, « L'aliment et la stratégie de l'apprentissage de l'échange avec les frères chez l'enfant Wolof », *Psychopathologie Africaine*, 1968, IV, 2, pp. 297-311, p.297.

Le troisième niveau a trait aux compléments divers : arachides, ressources en fonction des saisons (fruits), beignets, etc. Cette nourriture, souvent rapportée par les aînés, nous autorise à penser qu'elle permet d'insérer l'enfant dans le réseau des interactions avec les frères. Dans les faits, il s'agit d'un échange dans la fratrie et l'intégration de l'enfant dans la loi du partage¹⁶⁷.

Au total, don et partage, l'aliment représente, dans les sociétés traditionnelles, un vecteur d'apprentissage et d'éducation. Sous ce rapport, il symbolise, pour le jeune enfant, notamment après le sevrage, l'association entre l'échange physique et le rapport d'alimentation à trois niveaux : avec sa mère, son père ou un frère protecteur¹⁶⁸.

7. L'état nutritionnel des mères

Les conditions sanitaires et socio-économiques souvent difficiles, l'importance des tâches domestiques et champêtres occasionnant d'immenses dépenses d'énergie non compensées, les interdits alimentaires, les facteurs gynéco-obstétricaux (fréquence et rapprochement des grossesses) exposent les femmes à un état nutritionnel la plupart du temps déplorable. Les femmes gestantes représentent un groupe à risque, souvent victimes des carences nutritionnelles.

Or, une bonne alimentation chez la femme, surtout pendant la grossesse contribue grandement à la baisse de la morbidité infantile grâce à l'effet médiateur du poids à la naissance. Par ailleurs, un mauvais état nutritionnel, des carences peuvent affecter le fœtus notamment au cours du dernier trimestre. En attestent les hémorragies du nouveau-né par carence en vitamine K et le bérubéri infantile caractéristique de l'enfant né en état d'athiaminose.

167. *Idem*, p. 299.

168. *Idem*, p. 300.

Déjà, dès les années 1930, l'enquête dite de démographie initiée par les autorités sanitaires de la colonie s'inquiétaient de l'état nutritionnel déplorable des « femmes gestantes et des parturientes »¹⁶⁹, facteur essentiel de la mortalité infantile. C'est la raison pour laquelle fut intensifiée à partir des années trente, surtout en milieu urbain, la protection maternelle et infantile dans la limite des moyens disponibles avec l'institution de visites mensuelles pour les femmes enceintes ainsi que des suppléments alimentaires fournis par les œuvres caritatives¹⁷⁰.

Des études menées par la Mission Anthropologique, au décours es années 1940 puis par l'ORANA à l'orée des années 1950 mirent en évidence le fléchissement sensible des courbes de croissance des enfants au sixième mois ; cette situation traduit l'épuisement de la mère et le manque d'aliments de substitution pour compenser le lait maternel. La qualité du lait s'en ressent, avec des conséquences fâcheuses pour le nourrisson. D'ailleurs, avant l'âge de deux ans, le sein donné à l'enfant, souvent flasque et vide, sans grande valeur nutritive, peut se réduire à la simple fonction de tétine ou de sucette.

En 1947, le docteur Aubry signale à Saint-Louis une hypogalactie accusée fréquente au niveau des femmes wolofs¹⁷¹. Deux années plus tard, une étude effectuée à Dakar par deux pharmaciens, C. Aufret et F.Tanguy révélait une importante carence en vitamine C et une faible teneur en méthionine dans le lait de plusieurs femmes en rapport avec la période de pénurie de légumes et de fruits¹⁷². Tout porte à croire que l'état nutritionnel des femmes gestantes ou

169. ANS 1H 25(26). Instructions sur la lutte contre la mortalité et les maladies endémo-épidémiques. Gorée, 1930.

170. Voir supra, la troisième partie.

171. Aubry (L) 1949, *Alimentation, nutrition et santé dans la première enfance (0-7 ans) en 1947*. Rapport CIAN de Dschang

172. Aufret (C), Tanguy (T) 1949, *Dépistage des états de carence ou subcarence chez les Africains de la région de Dakar. Vitamine C dans le lait des femmes africaines de Dakar*. Note 30. Rapport de la C.I.A.N. de Dschang (Cameroun)

allaitantes se trouve aggravé par les fluctuations des rythmes saisonniers qui font alterner des périodes d'abondance relative en denrées alimentaires auxquelles succèdent des moments de pénuries et de soudure caractérisés par des carences vitaminiques saisonnières fâcheuses sur l'état sanitaire maternel et infantile. Surtout que les travaux champêtres pendant l'hivernage accroissent sensiblement la dépense énergétique des femmes rurales qui peut représenter 2,3 fois leur métabolisme basal soit 3200 kcal/j, dépenses non couvertes par leur alimentation¹⁷³.

Il est admis que les besoins théoriques des femmes enceintes ou allaitantes s'accroissent considérablement comme du reste l'atteste le tableau suivant.

173. Primature 1999, *op. cit.*, p.25.

Tableau 13: Besoins théoriques calculés

	Calories	Protides locaux	Calcium en mg
Enfant 1 à 3 ans	1200	37	500
Enfant 4 à 6 ans	1500	45	–
Enfant 7 à 9 ans	2000	50	–
Enfant 10 à 12 ans	2300	60	700
Garçon 13 à 15 ans	2900	80	700
Garçon peu actif 16 à 19 ans	3000	–	600
Garçon très actif 16 à 19 ans	3500	–	–
Fille 13 à 15 ans	2500	–	700
Fille peu active 16 à 19 ans	2800	–	600
Fille très active 16 à 19 ans	3300	–	–
Homme adulte peu actif	2300	70	400
Homme adulte actif	2700	–	–
Homme adulte très actif	3000	–	–
Femme enceinte peu active	2200	80	–
Femme enceinte active	2600	–	–
Femme allaitante peu active	2600	100	–
Femme allaitante active	3000	–	–
Femme adulte peu active	2000	–	–
Femme adulte active	2400	–	–
Homme de plus de 50 ans	2000	60	500
Femme de plus de 50 ans	1700	–	–

Source : Masseyef R, Dupin H, « Les insuffisances alimentaires », in Sankalé M, Payet M, *Epidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes en Afrique Noire*, Masson & Cie, pp. 103-129, p. 104.

La détérioration de la situation alimentaire de la colonie consécutive au développement des cultures de rente, aux sécheresses, crises politiques (conquête et pacification) ainsi qu'aux invasions acridiennes et aviaires expose les populations à une précarité et à une insécurité alimentaire presque structurelle.

Au total, permanente ou chronique, la malnutrition affecte surtout les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes. Dans un tel contexte, les carences comme l'anémie nutritionnelle des femmes enceintes, déterminante dans la pathologie du nourrisson, retentissent fréquemment, surtout en milieu rural.

On peut supposer que les parasitoses comme les ankylostomiasés, la bilharziose et le paludisme pourraient grandement contribuer dans les carences en fer par déperdition ou malabsorptions.

Au Sénégal oriental, les femmes semblent plus exposées aux carences en iode et au goître, source d'arriération mentale à divers degrés chez le futur nourrisson¹⁷⁴.

Au Sénégal, la malnutrition s'additionne souvent à des conditions sanitaires et d'hygiène la plupart du temps insuffisantes. D'ailleurs comment aurait-il pu en être autrement au regard de la forte proportion des ménages n'ayant pas accès à une eau saine et abondante ?

Particulièrement affectées par la malnutrition, les femmes, du fait des tâches domestiques et champêtres écrasantes, des facteurs gynéco obstétricaux supportent mal une baisse quantitative ou qualitative de leur alimentation. D'ailleurs, en l'absence d'une amélioration qualitative du régime alimentaire, l'enfant naît et grandit avec les handicaps des carences maternelles.

174 Palès L, *L'alimentation en AOF*, Mission Anthropologique.

CHAPITRE III

LES CARENCES ET PATHOLOGIES NUTRITIONNELLES ET LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION

La malnutrition peut être définie comme « la condition pathologique provoquée par la carence en l'un ou plusieurs des nutriments essentiels que le corps ne peut pas produire et qui sont nécessaires à la survie de l'individu, à sa croissance et à sa reproduction, ainsi qu'à sa capacité de travailler, apprendre, occuper une fonction sociale »¹⁷⁵. Maladie par carence, la malnutrition est d'ordre qualitatif; déséquilibrée, elle se manifeste au Sénégal par une insuffisance des protides même si les glucides sont souvent excédentaires et la ration calorique globale semble normale¹⁷⁶. Ainsi, la malnutrition apparaît lorsque les besoins nutritionnels ne sont pas suffisamment satisfaits par des apports adéquats en nutriments indispensables.

Sous le terme de malnutrition, se déclinent plusieurs degrés et niveaux de carence. Aussi, distingue-t-on la malnutrition chronique, saisonnière et quotidienne. La malnutrition chronique se caractérise par la permanence d'un déficit du régime alimentaire en certains nutriments (protéines et vitamines) indispensables à une activité physique normale. Quant à la malnutrition saisonnière, assimilée souvent à la soudure ou à l'insécurité alimentaire, elle se singularise par une déficience temporaire du régime alimentaire.

175. Berg A, "Malnutrition, What can be done"? Lesson from the World Bank experience, John Hopkins University Press, Baltimore, 1987, cité par Azoulay G et Dillon J-C, *La sécurité alimentaire en Afrique*, ACCT – Karthala, 1993, p. 112.

176. Sankalé M, Pène P, *Médecine sociale au Sénégal*, Afrique Documents, 1960, p.63.

La malnutrition « quotidienne et fluctuante » apparaît surtout en zone urbaine au niveau de certains groupes caractérisés par des fluctuations et de bas revenus (instabilité de l'emploi, bas niveau de salaire)¹⁷⁷.

La sous-alimentation peut être définie comme une « insuffisance de la ration alimentaire pour assurer un niveau de santé et d'activité jugé satisfaisant »¹⁷⁸. Il s'agit ici d'une insuffisance alimentaire, quantitative même si les différents constituants de la ration peuvent être équilibrés entre eux¹⁷⁹.

La famine, situation extrême de malnutrition temporaire, peut se définir comme une situation caractérisée par l'impossibilité pour une grande partie de la population d'accéder à des denrées alimentaires et qui peut conduire beaucoup d'individus à la mort. On ne saurait occulter les changements alimentaires induits par la colonisation et leurs répercussions fâcheuses sur la santé des Africains. Le docteur A. Sice attire l'attention sur les dangers des changements alimentaires introduits dans les chantiers par les autorités coloniales et qui se soldèrent par des troubles digestifs mortels. Il ne dit pas autre chose lorsqu'il affirme : « On ignorait qu'un trouble digestif entraîné pendant des générations à transformer, à assimiler des féculents, ne pouvait pas sans transition utiliser des farineux. Pour n'avoir pas voulu prêter l'oreille à ce que l'on appelait le jargon médical, évoquant la flore microbienne, son importance, sa valeur, on a fait naître certaines épidémies de troubles digestifs dont les manifestations les plus redoutables comme les plus onéreuses en vies humaines, furent ces formes de dysenteries mortelles que nous avons diagnostiquées dans nombre de chantiers ».¹⁸⁰

177. Azoulay G et Dillon J-C, *La sécurité alimentaire en Afrique*, ACCT – Karthala, 1993, p. 113.

178. Masseyef R, Dupin H, « Les insuffisances alimentaires », in Sankalé M, Payet M, *Epidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes en Afrique Noire*, Masson & Cie, pp. 103-129, p. 104.

179. Sankalé M, Pène P, *Médecine sociale au Sénégal*, Afrique Documents, 1960, p.63.

180. Sice A, « Rôle social du médecin colonial en Afrique française », *Médecine Tropicale*, N° 3, 1944, pp 185-193, p. 187.

Les pathologies nutritionnelles résultent d'une interaction complexe d'un ensemble de facteurs combinant des éléments aussi divers que l'accès du ménage aux denrées alimentaires, les soins maternels et infantiles, l'eau potable, l'assainissement et l'accès aux services de santé de base¹⁸¹.

L'étude de la malnutrition implique une « approche poly pathologique » dans la mesure où la diarrhée, le paludisme, la rougeole et les infections respiratoires peuvent être très intriquées chez l'enfant¹⁸². Elle peut être latente et s'extérioriser à la faveur de facteurs surajoutés (malaria, parasitoses intestinales, etc.)¹⁸³.

Au Sénégal, l'analyse des carences nutritionnelles les plus fréquentes indique la malnutrition protéino-énergétique dont les formes les plus répandues restent le kwashiorkor, les anémies nutritionnelles et les avitaminoses.

A l'échelle du territoire, la distribution de ces pathologies reste très inégale.

1. La malnutrition : prévalence et variations géographiques

Les nombreuses monographies, les enquêtes sanitaires et nutritionnelles réalisées à partir de 1950 par la Mission Anthropologique, l'ORANA, les études effectuées au niveau des centres pilotes de Popenguine et Mont Rolland sont unanimes sur la forte prévalence des pathologies nutritionnelles dans la colonie avec de sensibles variations géographiques. Les zones rurales aussi bien qu'urbaines sont affectées par la malnutrition.

En témoigne cette enquête¹⁸⁴, indicateur de l'état sanitaire (forte prévalence du paludisme dans la zone) et nutritionnel, réalisée à Popenguine en 1953 qui signale de nombreuses carences associées : avitaminoses A et B

181. Sankalé M, Entretien le 17 septembre 2007 à Marseille.

182. Sankalé M, Entretien le 17 septembre 2007 à Marseille.

183. Pierre Pène, Entretien le 18 septembre 2007 à Carry Le Rouet.

184. ANS 1H95 (163) : Plan de lutte contre la malnutrition en AOF en liaison avec les organismes internationaux 1954-1958 ; expérimentation des produits alimentaires 1956 ; 4e Congrès International de Nutrition, Paris, juillet-août 1957 ; demande de crédits FIDES 1956.

(aribo flavinose), des indices de malnutrition avancée au niveau des enfants avec des parotidoses nutritionnelles atteignant 33,3 % des enfants, des fibroses hépatiques sévères et une grande fréquence de kwashiorkor. Une année plus tôt, le docteur Raoult, au cours d'une enquête effectuée sur 1 734 enfants âgés de 0 à 5 ans, décèle 122 cas graves de kwashiorkor et 543 cas bénins de malnutrition alors que 38 % des enfants manifestent des signes évidents de carence protidique.

Une autre étude¹⁸⁵ entreprise en 1952 auprès de 134 familles faisait ressortir un déficit avec un apport quotidien de 1 528 calories d'origine essentiellement végétale. Les villages traditionnels de la presqu'île du Cap Vert, eux aussi, sont affectés par les syndromes ou signes carentiels de la malnutrition comme l'illustre l'enquête réalisée entre le 21 décembre 1951 et le 9 janvier 1952 au niveau d'enfants âgés de 0 à 7 ans.

Tableau 14 : Syndromes ou signes carentiels chez les enfants de 8 mois au sevrage (presqu'île du Cap-Vert en dehors de Dakar)

Affections ou état nutritionnel	Lébou	Wolof	Peulh	Toucouleur	Sérère	Divers	Total
Kwashiorkor	1	0	0	0	0	0	1
Affections graves avec gros foie sans œdèmes, hypothrepsie	5	5	0	1	2	2	15
Affections légères (décoloration du visage, anémie, cheveux roux)	13	14	0	2	4	2	35
Cheveux simplement roussis, Bon état général, Malnutrition	9	6	3	3	0	1	22
Etat nutritionnel normal	47	48	8	3	6	3	115
Totaux	71	73	11	9	12	8	188

Source : J L Bergounioux, « Malnutrition et sous-nutritons observées chez les jeunes enfants de la presqu'île du Cap-Vert en dehors de Dakar », Communication à la Conférence de Fajara (Gambie) 19 novembre – 2 décembre 1952.

185. ANS 1H95 (163). *Idem*.

Le tableau appelle quelques remarques. La logique classificatoire ethnique, du reste très discutable, participe du discours normatif de la biomédecine coloniale pour qui les pathologies africaines sont la résultante d'affections collectives qui toucheraient différemment telle ou telle ethnie plutôt que de maladies affectant l'homme en rapport avec son milieu et ses conditions de vie.

Les pourcentages globaux laissent apparaître 0,5 % d'enfants atteints de kwashiorkor, 8 % d'affections graves susceptibles d'évoluer vers le kwashiorkor, 18,6 % de signes légers de carences diverses et 11,7 % de signes très légers de carences sans incidence sur l'état général. L'état sanitaire, normal jusqu'au moment du sevrage, rompt avec la période post sevrage où la santé est mise à rude épreuve. Après le sevrage, les deux tiers des enfants examinés dévoilent des signes de carence.

Dans les neuf villages et au sein de tous les groupes ethniques, furent constatés des signes de malnutrition souvent liés à une carence prononcée en vitamine B, à quelques carences en vitamines C (gingivites hémorragiques) et à des anémies cliniques. Cette prévalence en milieu rural n'exemptait guère l'espace urbain. Une enquête sur un échantillon de 700 personnes comprenant plusieurs enfants, menée au sein de la Médina¹⁸⁶ dans le cadre du plan d'assistance contre la malnutrition dresse un sombre tableau.

186. ANS1H95(163)

Tableau 15: Syndromes ou signes carentiels chez les enfants de la Médina (Dakar) 1956 d'après leur alimentation

		Total général.	Bilan théorique	Différentiel %
Calories	Tot. (grs)	303,43	2,455	+582
	%			
Protides Animaux	Tot. (grs)	26,65	91,5	-16,9
	%			
Protides végétaux	Tot. (grs)	47,95	-	-18
	%			
Lipides	Tot. (grs)	108,32	-	-
	%			
Calcium	Tot. (grs)	390	966	-576
	%			-59
Fer	Tot. (grs)	11,8	11,60	+0,20
	%			+0,01
Vitamine A	Tot. (grs)	801	4598	-3793
	%			-82
Vitamine B1	Tot. (grs)	0,59	1,09	-0,50
	%			-45
Vitamine B2	Tot. (mgrs)	0,25	1,60	-1,35
	%			-24
Vitamine PP	Tot. (mgrs)	8,71	11	-2,39
	%			-21
Vitamine C	Tot. (mgrs)	12,47	72,50	-60,03
	%			-82

Sources : ANS 1 H 95 (163) : Plan de lutte contre la malnutrition en AOF

Le tableau met en évidence une insuffisance alimentaire quantitative et qualitative d'origine protidique, vitaminique (A, B1, PP, B2, C) et en calcium. Il s'agit, souvent, d'une alimentation où la notion de quantité prime sur la qualité. Or l'alimentation n'est pas seulement un problème quantitatif, il est aussi qualitatif. En fait « la sensation de plénitude n'est pas le test de l'idéal nutritif »¹⁸⁷. S'il est admis que bien manger est une question de quantité mise en

187. Palès L, 1949a, *op. cit.*, p. 4.

lumière par l'équivalence des calories, il n'en demeure pas moins vrai qu'il s'agit d'un problème de qualité, de proportion et de choix appelant la combinaison nécessairement harmonieuse de protides, lipides et glucides.

La population scolaire, elle aussi, est éprouvée par la malnutrition. En 1955, les résultats des enquêtes réalisées par l'ORANA dans les écoles de la banlieue dakaroise dévoilent une situation nutritionnelle et sanitaire inquiétante : 20 % des enfants examinés présentaient des signes de rachitisme, 37 % sont atteints d'avitaminose B2, 17 % de caries dentaires et 32 % de troubles oculaires¹⁸⁸.

De même, à Mont Rolland, la santé infantile est mise à rude épreuve par la malnutrition : 8,8 % des enfants examinés manifestaient, la même année des signes d'avitaminose A, 12,8 % d'avitaminose B, 2,6 % d'avitaminose C alors que 7,2 % souffraient de mélanodontie¹⁸⁹. La même période, une étude menée par le docteur Raoult de l'ORANA relative à la prévalence du kwashiorkor confirmait les mêmes tendances.

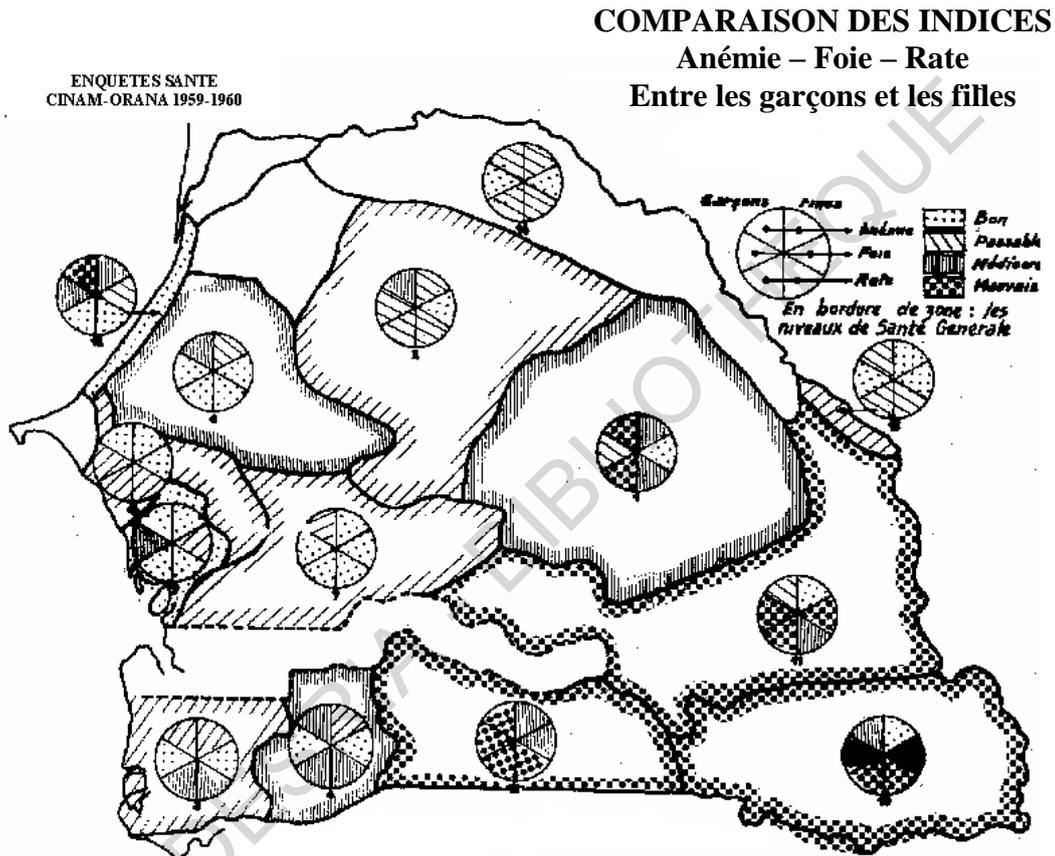
Les enquêtes montrent que le facteur géographique a un impact certain sur la prévalence de la malnutrition. Une analyse différenciée indiquait une prévalence de la malnutrition en milieu rural. Dans les faits, le visage de la malnutrition et de la protection sanitaire sont à l'image des disparités socio-économiques dans le territoire. Il obéit à un maillage en structures et formations sanitaires établi en fonction des priorités économiques et, ce faisant, privilégie la côte et les zones urbaines. Aussi l'indice de gravité de la malnutrition de même que les niveaux de santé générale s'abaissent-ils progressivement de ces zones

188. 1H95 (163) : Plan de lutte contre la malnutrition en AOF.

189. CINAM, 1960, p. 61 bis.

privilégiées (Ouest, villes) vers la périphérie défavorisée (Est, Ferlo, Sud, Vallée du fleuve Sénégal).

Carte 1 : Comparaison des indices anémie –foie – rate entre garçons et filles



NB : certains indices ne sont pas identiques aux niveaux nutritionnels ; ils semblent être plus en liaison avec les maladies parasitaires

Les zones périphériques (Moyenne Casamance, Vallée du Fleuve, Sénégal oriental, Ferlo) se singularisent par des indices carenciels et nutritionnels préoccupants. Ici, les niveaux nutritionnels et alimentaires, compromis par la soudure et les régimes hypoprotéiques, exposent les jeunes enfants aux carences diverses. Du reste, les indices carenciels et nutritionnels dans le Ferlo pendant la saison sèche, soumettent à rude épreuve les enfants âgés de 6 à 9 ans dont la majeure partie, d'ailleurs, présentent des signes de rachitisme et de maigreur.

En Moyenne Casamance, autour de Sédhiou, le taux de rachitisme s'avère particulièrement élevé dans le groupe 0-2 ans et l'indice de maigreur était l'un des plus importants du pays. Au Sénégal oriental, la situation était aussi alarmante, avec le niveau nutritionnel le plus bas du pays du fait d'un régime protéoprive et, de surcroît, marqué par une carence iodée¹⁹⁰.

La forte prévalence des indices carenciels et nutritionnels expose les jeunes enfants aux carences et pathologies nutritionnelles diverses.

2. Les pathologies nutritionnelles infantiles

L'analyse des désordres nutritionnels couramment observés dans la colonie met en évidence les avitaminoses, le kwashiorkor et les anémies.

a) Les avitaminoses

Les enquêtes entreprises par les médecins de la Mission Anthropologique et de l'ORANA attestent d'une grande prévalence, dans la colonie, des affections carencielles au rang desquelles prédominent les avitaminoses souvent associées entre elles ou à la malnutrition protéino-calorique. Une enquête de longue durée dans le centre expérimental de Popenguine indique une association de carences

190. CINAM 1960, p. 46-47.

vitaminiques (avitaminoses A, B et C), de marasme et de kwashiorkor affectant le tiers des enfants¹⁹¹.

Problème de santé publique majeur au Sénégal, les avitaminoses, souvent saisonnières en liaison au cycle agricole, à la consommation de fruits et de légumes¹⁹², laissent apparaître un indice de gravité qui décroît d'est en ouest. La zone sylvo-pastorale, la vallée du Fleuve et le Sénégal Oriental se singularisent par des taux particulièrement élevés comme l'indique la carte (page suivante).

L'avitaminose A, cible des enfants de 10 à 14 ans, aussi bien en milieu rural qu'en zone urbaine, s'intensifie avec l'âge : 32% des enfants atteints dans les écoles de la banlieue dakaroise en 1955 contre 8,8% à Mont Rolland alors que l'année suivante, une enquête dans la Médina dévoilait un déficit très élevé (82%)¹⁹³. La zone sylvo-pastorale, du fait de la soudure, connaît les taux les plus importants : 35 % dans le groupe 10-14 ans contre 32,1 % dans la Vallée du Fleuve, 28,8 % dans le Sine, 24,5 % dans la région estuaire du Saloum et 22,6 % en Haute Casamance¹⁹⁴. En milieu rural, sa prévalence reste élevée avec un taux de 38 %.

L'avitaminose B2, qui évolue avec le rythme saisonnier et le cycle agricole, sévit à l'état endémique pendant la soudure. Sa prévalence reste élevée chez les enfants avec un déficit de 24% en 1956 dans la Médina contre 45% pour la vitamine B1 et 82% s'agissant de la vitamine C. Le Sénégal oriental enregistre les taux les plus élevés d'aribo flavinose, notamment dans la zone de Kédougou (50,2 %). L'enquête de la CINAM de 1959-60 dévoilait des niveaux importants (17,5 % de chéilites angulaires associées aux fissurations des lèvres et 10 % de

191. 1h95 (163) : Plan de lutte contre la malnutrition en AOF.

192. Auffret et Tanguy 1949.

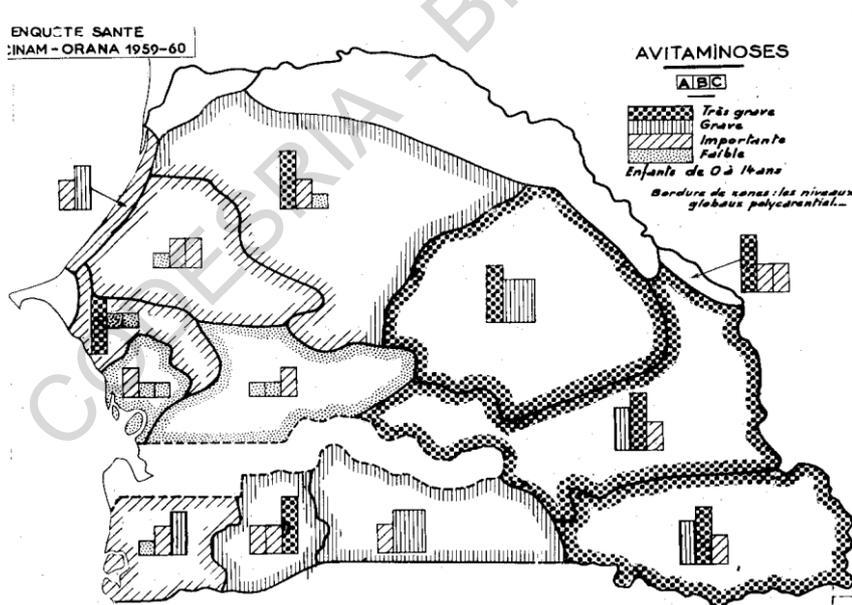
193. 1H95(163).

194. CINAM, 1960, p. 61.

glossites). De même, les taux s'avéraient élevés dans la zone sylvo-pastorale, avec 43 % des enfants affectés contre 35,4 % dans la région de Bakel et 23 % dans le bassin arachidier¹⁹⁵. En milieu rural, la forte prévalence est aggravée par les effets de la soudure ainsi que les bas niveaux de protection sanitaire.

Dans la colonie, plusieurs études¹⁹⁶ signalent le caractère saisonnier des états de carences et de subcarences vitaminiques liés aux consommations et aux apports qui, soumis aux oscillations saisonnières faisaient alterner des périodes d'abondance relative en denrées alimentaires et des moments de pénurie (soudure) caractérisés par des avitaminoses. Période de « disette saisonnière » avec un retentissement sur la santé des mères, sur la croissance des nourrissons et sur l'état nutritionnel des enfants, la soudure figure parmi les problèmes majeurs de l'alimentation.

Carte 2 : Prévalence des avitaminoses chez les enfants



b) Le kwashiorkor

195. CINAM 1960 : 47.

196. Auffret et Tanguy 1949, Raoult 1956 Palès 1949a.

Le marasme et le kwashiorkor constituent les deux principaux syndromes de la malnutrition protéino-calorique de la première enfance.

Décrit en 1933 dans le bassin des Voltas par Cecily Williams, le kwashiorkor est la conséquence d'un régime hypo protéique ou protéoprive longtemps poursuivi¹⁹⁷. La pénurie, voire la faible consommation des protéines animales (pauvreté, faibles revenus), le poids des interdits alimentaires (poissons et œufs souvent interdits aux enfants dans plusieurs ethnies) impliquent une alimentation carencée en protides même si elle est suffisamment riche¹⁹⁸.

La carte montre que la vallée du Fleuve, la Casamance, le Sénégal oriental et le bassin arachidier constituent des zones de prédilection même si aucune région ne semble épargnée. Elle indique aussi des fluctuations saisonnières souvent liées aux effets de la soudure, les taux les plus importants étant observés entre septembre et octobre¹⁹⁹.

Toutefois, s'il est vérifié que l'impact de la soudure est indéniable²⁰⁰, il n'en demeure pas moins vrai que d'autres facteurs tels les maladies chroniques, les dysenteries, le paludisme et les parasitoses intestinales restent déterminants dans la pathologie du kwashiorkor.

En milieu rural, la première enfance représentait une cible privilégiée du kwashiorkor comme l'illustre l'enquête menée à Mont Rolland par le docteur Raoult qui signale une forte prévalence nonobstant plusieurs campagnes de lutte contre la malnutrition²⁰¹

197. FAO, *Le kwashiorkor en Afrique*, Rome 1952, p.33.

198. *Idem*, p.36-53.

199. CINAM, 1960, p. 9,14, 47.

200. Palès L, 1949a.

201. Raoult 1957, p.16.

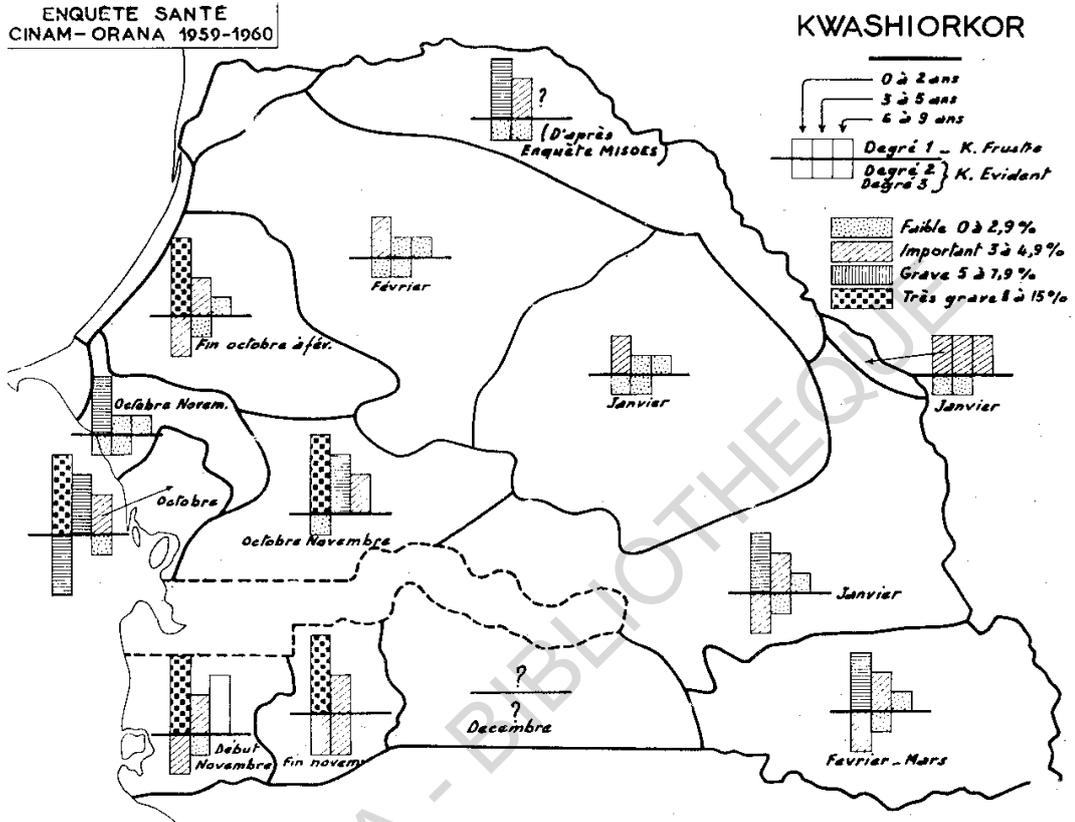
Tableau 16 : Prévalence du kwashiorkor à Mont Rolland et dans la presqu'île du Cap Vert (1953)

Région de l'enquête	Age	Nombre d'examens	Taux		Total
			Frustres	Formes graves	
Presqu'île du Cap-V ert		1 684			
-Villages de pêcheurs	0-5 ans		29,3	5,6	34,4
-Villages cultivateurs	0-5 ans		32,6	6,7	39,3
-Villages de l'intérieur	0-5 ans		38,7	11,5	50,2
Mont Rolland					
Villages cultivateurs	0-4 ans	191	28,7	5,4	34,1

Source: Raoult 1957, p.16

Les villages de l'intérieur, du fait de la monotonie de leur régime alimentaire (céréales, végétaux) semblent plus exposés aux carences nutritionnelles (50,2) à l'opposé des villages de pêcheurs qui se singularisent par un régime hyper protidique lié à une importante consommation de poisson. Le taux relativement bas observé à Mont Rolland est à mettre à l'actif d'une vaste campagne contre la malnutrition menée dans cette localité depuis 1952.

Carte 3 : Prévalence du kwashiorkor selon l'âge et les régions



c) *Le béribéri*

Maladie carencielle décrite par les Chinois dès le VII^e siècle, le béribéri sévit au sein des populations dont l'alimentation est à base de riz, notamment le riz blanchi²⁰². Il est admis qu'un régime alimentaire oryzé est la base étiologique du béribéri. L'histoire, la géopathologie de même que les premières expériences « accusent formellement le riz »²⁰³. En effet, la vitamine B1, présente dans le péricarpe du grain de riz sous forme d'enveloppe rouge, est rapidement détruite après le polissage industriel des grains. Sa cause déterminante est un apport excessif en glucides, et notamment en riz blanchi²⁰⁴. L'aire du béribéri suit l'extension de l'utilisation du riz blanchi.

Si son foyer originel demeure l'Asie du Sud Est, « sa diffusion géographique rapide à des régions jusque là indemnes, se produit partout où gagne ce nouveau mode alimentaire et où le riz remplace la nourriture traditionnelle »²⁰⁵ à l'image du Sénégal et du Soudan. Dans ce contexte, la prévention de la pathologie nutritionnelle reste intimement liée aux comportements alimentaires des populations, notamment celles au régime alimentaire riziphage.

C'est en 1913 que le mystère du béribéri fut percé suite à la découverte de la vitamine B1. Maladie de carence en vitamine B1, l'étiologie du béribéri fut sujet à controverse jusqu'en 1936, du fait de la prévalence de deux conceptions étiologiques : toxi-infectieuse et alimentaire. Dans la nomenclature nosologique coloniale, le béribéri, jusqu'en 1938, est classé dans la rubrique des maladies transmissibles endémo-épidémiques.

202. Raoult A, « Le béribéri, état du problème », *Médecine Tropicale* No 5, 1950, pp. 737-811, p. 737.

203. *Idem*, p. 765.

204. *Idem*, p.738.

205. *Ibidem*.

Il se manifeste par des oedèmes au niveau des mollets, une paralysie progressive des membres inférieurs, des troubles digestifs ainsi qu'une atteinte cardiaque pouvant déboucher sur la mort. Le docteur A. Le Dantec estime à 15 % le taux de mortalité minimale²⁰⁶.

Les enfants ne sont guère épargnés même si la prévalence du béribéri est attestée dans les chantiers d'ouvriers, au sein des tirailleurs et dans les prisons.

Tableau 17 : Béribéri dans les hôpitaux civils et militaires du Sénégal : morbidité et mortalité.

Années	Nombre de journées	Nombre de cas	Nombre de décès
1905	568	17	2
1906	127	4	1
1907	77	5	–
1908	809	32	4
1909	965	34	6

Source : Dr.Merveilleux, « Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.) », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, pp. 676-704, p.696

Dans la colonie, les travaux de l'Institut Pasteur de Dakar, rendus publics le 1er août 1940 par le docteur Edmond Sergent montrent le caractère beribérigène du riz contenant plus de 25 % de brisures, contrairement au riz rouge non poli ayant conservé son épicarpe²⁰⁷. L'étude, par ailleurs, mit en évidence une certaine corrélation entre la nocivité du riz et son vieillissement. Du coup elle confirmait les recommandations issues des réunions internationales de la Société de Médecine d'Extrême Orient (Congrès de Batavia en 1921, de

206. Site asnom.org.

207. ANS 1 H 89(163) ANC 1H 89 (163) : Maladies diverses (béribéri, grippe, kwashiorkor, rougeole) renseignements épidémiologiques.

Singapour en 1923 et de Tokyo en 1925), à savoir l'importation de riz paddy et son décorticage sur place²⁰⁸.

Du reste, les nombreux cas de béribéris notés à partir des années 1930 du fait de la consommation massive de riz poli et des brisures pauvres en vitamine B, furent accentués par l'insuffisance relative de la ration alimentaire en fruits et légumes. L'affection, excepté les périodes de disette, sévissait plutôt en milieu urbain. A l'époque, le villageois, en sus de la consommation de sa récolte de mil riche en vitamine B, arrivait bon an mal an, à trouver, soit dans les légumes de son lougan, soit au sein des produits de cueillette des ressources alimentaires assez riches en vitamines pour compléter celles qui font défaut à son alimentation de base.

En AOF, c'est surtout dans la colonie du Sénégal et la Circonscription de Dakar et Dépendances dont l'alimentation est largement oryzée que se déclenchent des crises pathologiques qui, pendant le second conflit mondial, pouvaient revêtir un caractère spectaculaire. Ainsi, en 1940, « c'est dans la Circonscription de Dakar et Dépendances et surtout au cours du quatrième trimestre que le béribéris a sévi avec le plus de violence. Le chiffre total des atteintes a été de 432 »²⁰⁹.

Ce qui, somme toute, est corroboré par les statistiques annuelles des hôpitaux de Dakar et de Saint-Louis.

208. *Idem.*

209. Anonyme, « Renseignements épidémiologiques », *Médecine Tropicale* No 6, 1941, pp. 737-811, p. 802.

Tableau 18 : Cas de bérubéri à Dakar et à Saint Louis

Années	Circonscription de Dakar		Saint Louis	
	Nombre cas	Décès	Nombre cas	Décès
1936	177		17	2
1937	591	9	163	6
1938	72	13	39	0
1939	432	2	17	2

Source : ANS 1H 89 (163) : Maladies diverses (bérubéri, grippe, kwashiorkor, rougeole), renseignements épidémiologiques.

Ces chiffres, rapportés à l'ensemble de la colonie, devraient être sensiblement revus à la hausse compte tenu du nombre de places limitées dans les infrastructures hospitalières. Les nombreux cas observés en 1937 résultaient d'une détérioration de la situation alimentaire suite à d'importants déficits agricoles alors que l'année 1939 à cause de la mobilisation vit beaucoup de villageois désertent leurs champs pour rejoindre les colonies voisines (Gambie, Guinée Bissau)²¹⁰.

Le traitement, à base de thiamine est complété par la suppression du riz dans le régime désormais constitué de légumes et fruits.

d) Les anémies nutritionnelles de l'enfant

Selon l'OMS, les anémies nutritionnelles constituent « des états pathologiques dans lesquels la teneur du sang en hémoglobine est devenue anormalement faible à la suite de la carence en un ou plusieurs nutriments essentiels quelle que soit la cause de cette carence ».

210. ANS 1H 89 (163) : Maladies diverses (bérubéri, grippe, kwashiorkor, rougeole), renseignements épidémiologiques.

Très répandues en milieu tropical, les anémies carencielles, fréquentes chez les enfants et femmes enceintes, posent un problème de santé publique majeur. A l'échelle du territoire, les anémies nutritionnelles sévissent à l'état endémique. La carte révèle des indices élevés dans les régions périphériques. Les niveaux d'anémie et d'hépatosplénomégalie progressent d'ouest en est en relation avec les niveaux nutritionnel et sanitaire.

Dans le Ferlo, plus du tiers des enfants de 2 à 3 ans (35,8 %) sont affectés d'anémies sévères, accentuées par les parasitoses intestinales qui éprouvent durement la population infantile. Les indices d'hépatomégalie²¹¹, très élevés dans le groupe des jeunes enfants de 0 à 6 ans, s'accompagnent d'un indice splénique²¹² de 75 % entre 6 et 9 ans²¹³. Dans le bassin arachidier, la soudure pèse lourdement sur la recrudescence des cachexies et des anémies pendant l'hivernage. Au Sénégal oriental, 65 % des enfants connaissent des déficiences, des signes de rachitisme et des dystrophies²¹⁴. La Vallée du Fleuve, compte tenu des indices carenciels et nutritionnels élevés, enregistre des niveaux d'anémie préoccupants. Les enquêtes de la MISOES mettent en évidence 58 % d'indices d'anémies en 1957 et 63 % l'année suivante.

Le paludisme, les carences diverses, les maladies infectieuses et parasitaires sont largement anémiantes²¹⁵.

208. L'indice d'hépatomégalie : il mesure l'augmentation du volume du foie.

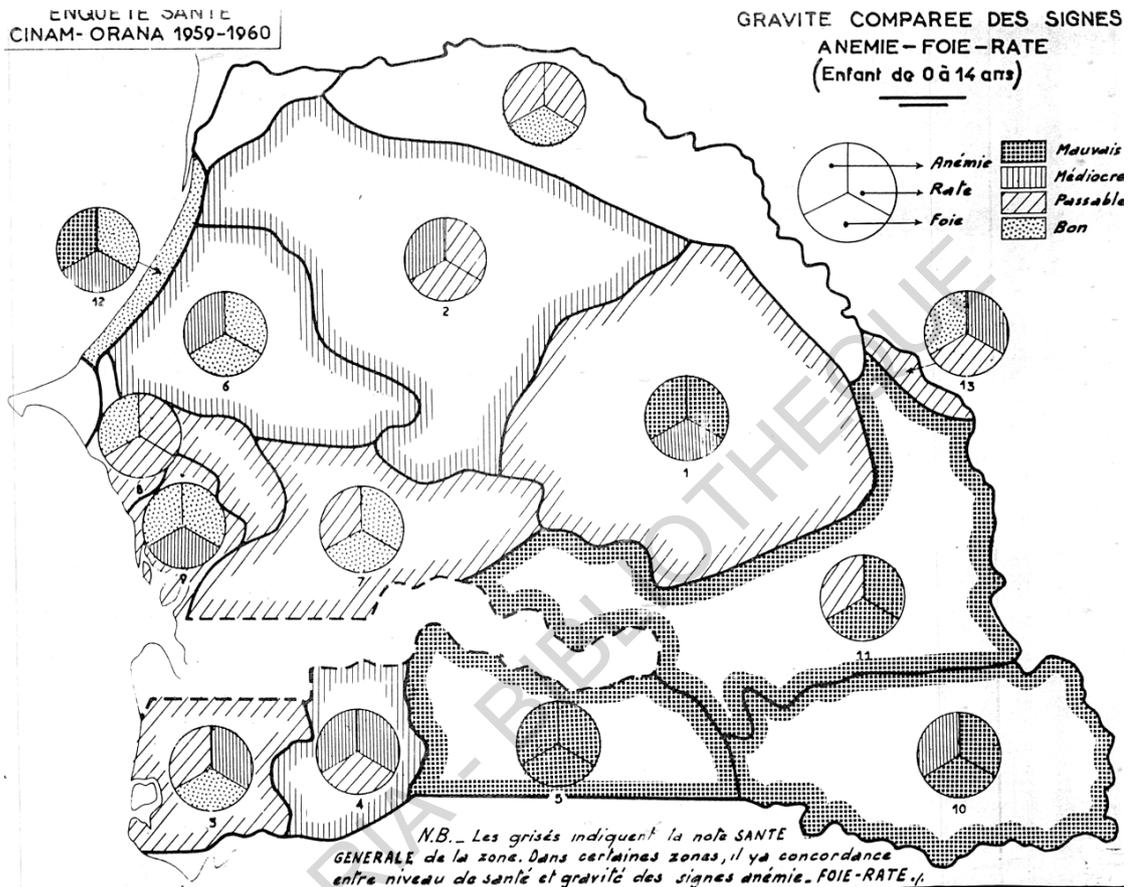
209. L'indice splénique : utilisé pour mesurer l'endémicité du paludisme, l'indice splénique désigne le pourcentage des rates hypertrophiées palpables. En paludologie, l'indice splénique (indice ou index endémique) est, selon Ross (1910) un chiffre indiquant le nombre d'enfants âgés de 2 à 10 ans qui présentent des signes de paludisme (parasites ou splénomégalie ou ces deux symptômes simultanément) pour 100 individus examinés vivant dans une région déterminée et pendant un laps de temps donné.

213. Cinam 1960, p. 3.

214. *Idem*.

215. *Idem*.

Carte 4 : Prévalence des signes anémie – foie – rate en fon



3. La malnutrition selon l'âge

L'état nutritionnel, comme la malnutrition est également fonction de l'âge. En effet, plusieurs études tendent à situer l'âge vulnérable après le sevrage. Témoin, la prospection réalisée par le médecin commandant Bergouniou du 21 décembre 1951 au 9 janvier 1952 dans la banlieue dakaroise qui identifie la période « post sevrage » comme facteur essentiel de la malnutrition. L'étude situe l'âge vulnérable après le sevrage comme l'illustre le tableau suivant :

Tableau 19 : Répartition des enfants ne présentant aucun signe carentiel et de ceux qui présentent un ou plusieurs signes de malnutrition par groupe d'âge, sexe et groupe ethnique (presqu'île du Cap-Vert en dehors de Dakar)

Groupes ethniques	0 à 8 mois				8 mois au sevrage				Après le sevrage				Totaux
	PDS		SM		PDS		SM		PDS		SM		
	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	
Lébous	75	44	1	3	23	24	11	17	7	12	37	21	275
Ouolofs	43	25	0	3	17	31	12	13	4	23	60	25	266
Peuhls	4	4	0	0	3	5	1	2	6	10	6	3	44
Toucouleurs	4	4	0	0	1	2	2	4	0	6	8	4	35
Sérères	1	5	0	0	3	3	5	1	3	8	2	3	34
Divers	0	2	0	0	2	1	1	4	0	0	0	1	11
Totaux	127	84	1	6	49	66	32	41	30	59	113	57	
	211		7		115		73		89		170		
	218				188				259				665

Source : Bergouniou (J-L), *op. cit*

NB : PDS : Pas de signes ; SM : signe de malnutrition ; G : Garçons ; F : Filles

Dans le groupe des enfants de 0 à 8 mois, 96,7% des 218 enfants examinés ne dévoilent aucun signe de malnutrition, soit 211 contre seulement 4

qui révèlent des signes de malnutrition et 3 enfants atteints de sous - nutrition. En somme, très peu d'enfants manifestent des syndromes et signes carentiels (malnutrition ou sous nutrition) dans le groupe d'âge de 0 à 8 mois quel que soit le groupe ethnique.

S'agissant des enfants de 8 mois au sevrage, 115 (soit 61,1 %) des 188 examinés ne présentent aucun signe ; par contre, 170 des 259 sujets examinés laissent apparaître, après le sevrage des signes carentiels de sous-nutrition et de malnutrition protéino-énergétique (soit 65,7 %).

Tableau 20 : Syndromes ou signes carentiels rencontrés chez les enfants après le sevrage (Presqu'île du Cap-Vert en dehors de Dakar)

Affection ou état nutritionnel	Lébou	Wolof	Peulh	Toucouleur	Sérère	Divers	Total
Kwashiorkor	6	5	0	1	0	0	12
Affections graves, signes de kwashiorkor sans oedèmes	9	14	0	3	0	0	26
Etats graves où le paludisme est nettement en cause	8	12	2	2	0	0	24
Affections légères avec un ou plusieurs signes	26	36	4	5	3	1	75
Cheveux plus ou moins rares défrisés, roussis Malnutrition ?	11	16	3	1	2	0	33
Etat nutritionnel normal ne présentant aucun signe	19	37	16	6	11	0	89
Totaux	79	120	25	18	16	1	259

Source : J.L Bergouniou, *op. cit.*

Le tableau signale 4,6 % de kwashiorkor (contre 0,5 % pour les enfants de 8 mois au sevrage) ; en outre, 10 % d'affections graves peuvent évoluer vers le kwashiorkor, 9,2 % d'affections graves en relation avec le paludisme, 28,9 % de signes légers de carences diverses et 12,7 % de signes très légers qui n'affectent pas l'état général. Les données qui ressortent du tableau autorisent à

soutenir que la rupture introduite par le sevrage se traduit par des signes de malnutrition qui apparaissent généralement après l'âge de 8 mois et passent par un maximum après le sevrage.

Il est permis, à l'analyse, de mettre une corrélation entre l'alimentation, le sevrage, l'état nutritionnel et la santé infantile.

Des études effectuées à Mont Rolland, une année plus tard (1953) par le Docteur Raoult de l'ORANA viennent confirmer les mêmes tendances²¹⁶. A Mont Rolland, la malnutrition s'avère importante dans le groupe des enfants de 1 à 2 ans avec une prévalence des cas d'œdèmes dans la tranche d'âge de 1 à 2 ans : 16,7 % de cas graves de kwashiorkor, un taux d'hépatomégalie de 54 % et un indice splénique de 67 % pour les enfants de 2 à 3 ans²¹⁷.

De même, les résultats des enquêtes de 1959-60 entreprises par la CINAM et l'ORANA montrent une forte corrélation de la malnutrition et des signes de carence avec l'âge.

Dans les faits, les avitaminoses, les carences et les signes de malnutrition restent fortement corrélés à l'âge. L'avitaminose A s'intensifie au fur et à mesure qu'augmente l'âge. La courbe, presque stationnaire jusqu'à 4 ans prend une allure ascendante non sans refléter un indice de gravité en fonction de l'âge. L'indice de gravité, après avoir quadruplé de 4 à 5 ans, progresse de façon régulière pour atteindre le maximum avec un taux de prévalence de 38 %.

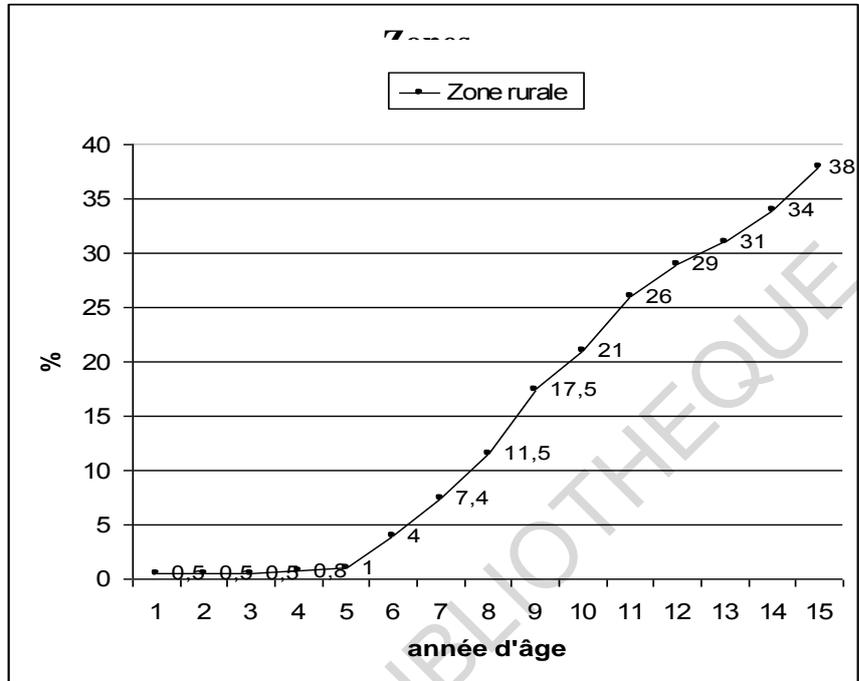
216. 1H93 (163) : ORANA, Etudes, Rapports annuels, 1953. Parties statistiques 1954.

217. *Idem*.

Graphique 3 : Avitaminose A et anémie chez les enfants

ENQUETES SANTE
CINAM-ORANA 1959-1960

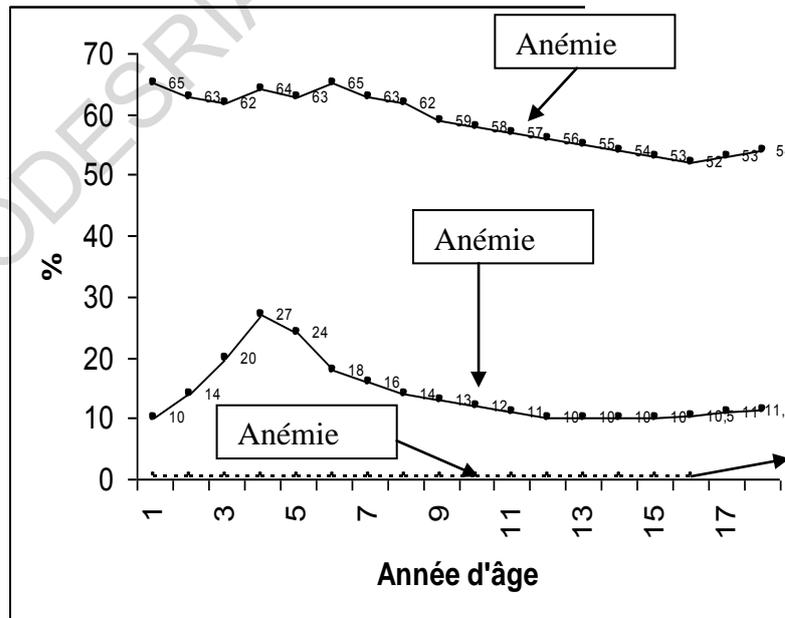
AVITAMINOSE A
Enfants de 0 à 14 ans



ENQUETES SANTE
CINAM-ORANA 1959-1960

Zones Rurales
Ensemble du Sénégal

ANEMIE CLINIQUE
Enfants de 0 à 14 ans
Jugée sur la pâleur de
la langue



L'anémie clinique, appréciée à partir de la pâleur des muqueuses palpébrales varie aussi en fonction de l'âge. Un tassement est observé au niveau de la courbe faisant état de l'anémie degré 3 même si des oscillations se dégagent des deux autres courbes.

L'anémie degré 2 s'aggrave de 4 mois à 2 ans avec des taux variables (10 à 27 %) avant d'amorcer une chute régulière jusqu'à 9 ans, âge à partir duquel est noté un tassement jusqu'à 11 ans, période où s'observe une légère remontée.

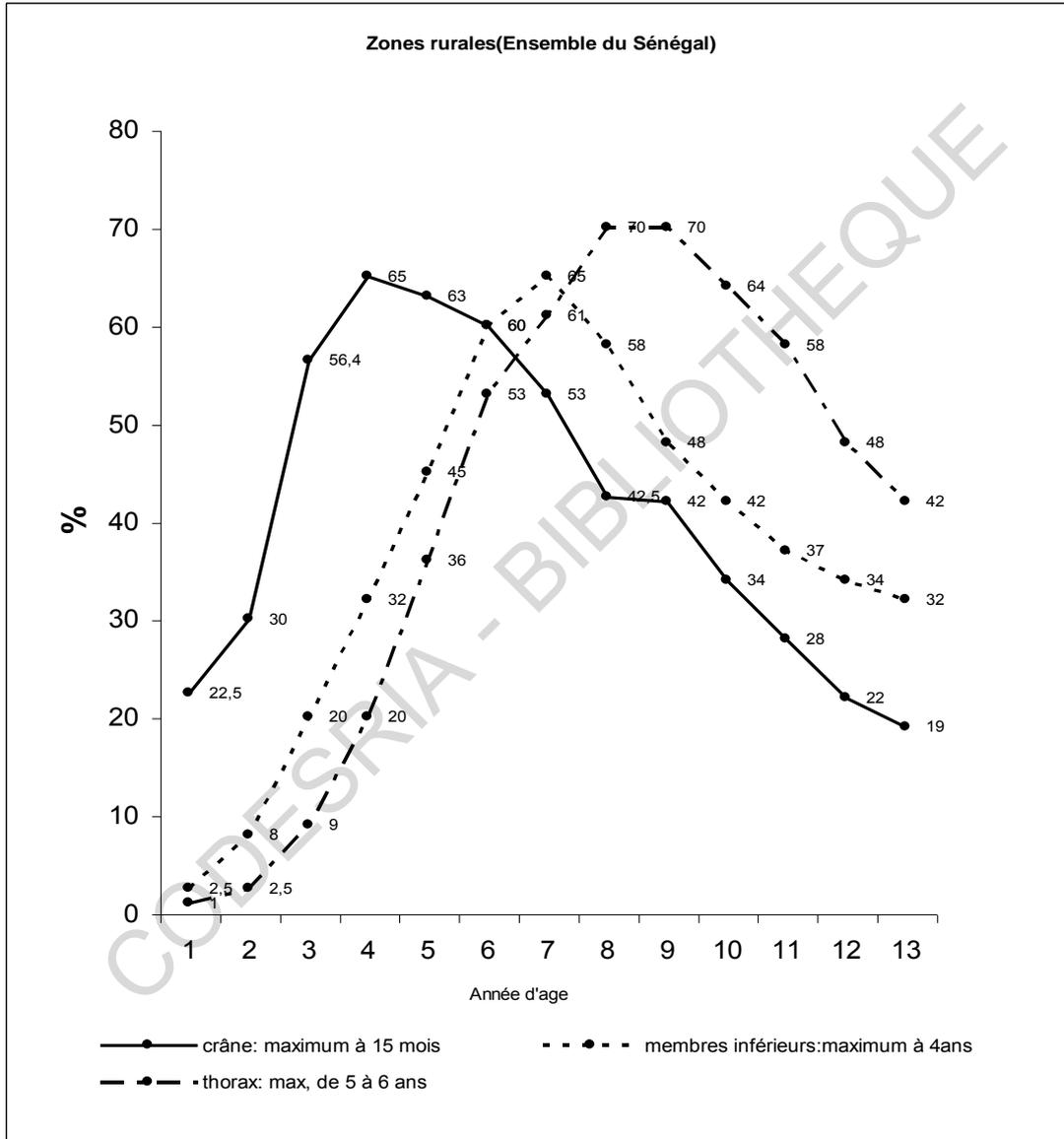
Quant aux signes de rachitisme, ils varient également en fonction de l'âge comme l'indiquent les courbes d'évolution des malformations du crâne, du thorax et des membres inférieurs. C'est entre 3 et 4 ans que l'enfant laisse apparaître le maximum de signes sur l'ensemble de son squelette. En moyenne Casamance, l'indice de maigreur est l'un des plus élevés du pays. Les jeunes enfants de 0 à 2 ans sont plus exposés avec un indice des états graves de 4,2 %²¹⁸. Les malformations du crâne, du thorax et des membres inférieurs montrent un taux de « rachitisme » au-dessus de la moyenne nationale.

218. CINAM 1960, p.14.

Graphique 4 : Signes de rachitisme chez les enfants

ENQUETES SANTE
CINAM-ORANA 1959-1960

SIGNES DE RACHITISME.
Evolution des malformations du crâne,
du thorax, des membres inférieurs.
Enfants de 0 à 14 ans.



L'accession du pays à l'indépendance n'a pas essentiellement modifié le visage de la malnutrition. A l'échelle nationale, les disparités s'accroissent toujours entre le monde rural et les villes. Une analyse différentielle montre une prévalence de la malnutrition plus importante dans les campagnes qu'en milieu urbain. Plusieurs facteurs expliquent ces disparités.

Au cours des années 1970, le taux de malnutrition grave était estimé à 10% en milieu rural contre 5% en milieu urbain²¹⁹. La proportion d'enfants atteints de malnutrition grave était deux fois plus importante en milieu rural. Cependant cette opposition ne saurait occulter les fortes disparités à l'intérieur de l'espace urbain. La tendance forte, à partir des années 1970, est caractérisée, en milieu urbain par un essor de la malnutrition couplée d'une pauvreté qui se singularise par une aggravation de la situation nutritionnelle des jeunes enfants.

A l'échelle régionale le visage de la malnutrition varie sensiblement en fonction des zones écologiques et des régions. Une étude effectuée par un groupe mixte Sénégal/FAO en donne une parfaite illustration²²⁰.

Tableau 21: Prévalence de la malnutrition dans quelques régions en 1974 (en pourcentage)

	0 – 3 ans	4 – 14 ans
Diourbel (Linguère)	31,3	39,9
Sine Saloum (Kaolack)	30,0	25,0
Casamance (Kolda)	48,8	28,0
Sénégal Oriental (Kédougou)	37,0	23,8

Source : FAO 1976, Dr Krikawa, op cit.

219. Ndiaye (A.M) 1985, *op. cit.*, p 7.

220. FAO, *La situation alimentaire au Sénégal*. Rome, 1976.

Les régions de Casamance et du Sénégal Oriental sont les plus affectées par la malnutrition. La prévalence est inquiétante dans le groupe 0 – 3 ans. A Kolda, plus de la moitié est atteinte et à Kédougou, le taux est de 48 %. Ces niveaux élevés sont attribués au sevrage, aux parasitoses intestinales et aux infections de la première enfance (diarrhées, rougeole, pneumopathies, etc.) Au fil des ans, l'état nutritionnel des enfants se détériore du fait des mauvaises conditions socio-économiques et sanitaires auxquelles se combine un régime alimentaire déficient.

Au total, on peut admettre qu'au Sénégal, la malnutrition demeure un problème de santé majeur. Elle est significativement corrélée à l'âge de l'enfant, aux pratiques alimentaires pendant la première année, aux conditions sanitaires et socio-économiques. Aussi, plusieurs facteurs influent-ils sur la malnutrition. Il apparaît que les facteurs sanitaires, sans être une cause directe, ont un impact majeur sur la malnutrition. Il existe une forte synergie entre l'état nutritionnel, la malnutrition et l'état sanitaire de l'enfant. Le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infestations parasitaires et la malnutrition se combinent de façon synergique pour influencer sur la santé infantile. Autrement dit il est établi une corrélation entre la malnutrition et les infections. La malnutrition fragilise le système immunitaire et ouvre la voie aux infections qui, à leur tour, accentuent la malnutrition.

Le niveau d'hygiène, notamment la mauvaise hygiène des eaux, source d'infestation bactérienne et parasitaire a un impact réel sur la malnutrition La qualité et surtout la rareté de l'eau durant la saison sèche, ainsi que la soudure retentissent sur les enfants souvent affectés de déshydratation et de malnutrition maxima qui se manifestent par une recrudescence cyclique des cachexies, des anémies et des kwashiorkors infantiles.

En somme l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement agissent sur la prévalence de la malnutrition. Ainsi les régions les plus démunies en eau courante (Kolda, Tamba, Ziguinchor) sont les plus exposées à la malnutrition.

D'autres facteurs comme la forte fécondité, le rapprochement des espaces inter génésiques sont déterminants dans la prévalence de la malnutrition. De même, l'éducation et l'information des mères sur les effets néfastes de la malnutrition constituent des facteurs moins visibles mais aussi déterminants. Il est démontré que l'analphabétisme des mères est un facteur important de la malnutrition, le nombre d'enfants malnutris s'intensifiant lorsque les mères n'ont aucune instruction.

En définitive, il apparaît que la malnutrition est un processus cumulatif qui dérive d'un ensemble de facteurs socio-économiques, sanitaires et biologiques, voire culturels. Plusieurs études ont mis en évidence les relations entre l'alimentation, l'état nutritionnel et la santé infantile. Dans cette perspective, l'état nutritionnel reçoit une dimension épidémiologique non sans conditionner la morbidité et la mortalité.

4. Les politiques de lutttes contre la malnutrition

Assez tôt, les questions sanitaires se trouvèrent au centre des préoccupations coloniales. Dès le XIXe siècle, les autorités coloniales se rendirent compte que la rentabilisation des colonies commandait la maîtrise des endémo épidémies susceptibles de remettre en question le projet colonial. Toutefois, l'intérêt des autorités coloniales pour les questions alimentaires et nutritionnelles fut relativement tardif.

Pourtant même avec la découverte des vitamines en 1913, les services sanitaires et médicaux sont confrontés aux maladies de carences sévissant dans les colonies. Ce ne fut qu'après la Grande Guerre que le problème démographique interpella les autorités coloniales en liaison aux importantes ponctions démographiques occasionnées par le recrutement, la conscription et les lourdes pertes au sein des troupes coloniales. Après la fin du conflit, le « péril démographique », la menace de dépopulation de l'AOF, la doctrine « faire du noir »²²¹ occupèrent le devant de la scène.

Il fallait, dans le cadre de la mise en valeur coloniale rentabiliser les ressources humaines grâce à une politique sanitaire capable d'assurer la reproduction de la force de travail²²². Dans les colonies, les déficiences alimentaires, endémiques, influèrent sensiblement sur la santé et l'activité des populations. Insistant sur la nutrition comme promotion du capital humain, le ministre des Colonies Albert Sarraut mit en évidence le cercle vicieux et infernal de la malnutrition en soulignant que « l'indigène ne travaille pas assez parce qu'il ne mange pas assez ; il ne mange pas assez parce qu'il ne travaille pas assez ».

En 1925, sous l'impulsion d'Alexandre Lasnet, Inspecteur général des Services Sanitaires, le ministre des Colonies adresse aux autorités de la Fédération des instructions ayant trait à l'étude de l'alimentation des indigènes. Dans ce contexte, le personnel médical, élargi aux chimistes et ethno-anthropologues dressent l'inventaire des ressources alimentaires dans les colonies, étudie la composition des aliments, les carences ainsi que les besoins alimentaires des autochtones.

221. Ricou 1942, p. 1.

222. Sarraut A, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot, 1923, p. 51.

En 1933, des études poussées approfondissent les connaissances acquises depuis 1925 et déterminent la valeur des aliments consommés de même que les besoins nutritionnels des populations. Ainsi, des pharmaciens coloniaux à l'image de Bloch, Autret, Pluchon, Lafitte étudient et percent les mystères des produits locaux d'origine végétale (arachides), des céréales (mil, sorgho, riz), des tubercules (manioc, igname, etc.) et des produits d'origine animale (lait et dérivés) grâce à l'identification de leurs constituants.

Les études menées sur l'alimentation africaine aboutissent à l'inventaire des aliments et à l'établissement des tables de composition. L'établissement des tables de composition des aliments usuels et leur teneur en lipides, glucides, protides, minéraux et vitamines constitue une étape décisive dans la lutte contre la malnutrition. Plusieurs domaines sont explorés, allant de la ration alimentaire des tirailleurs, des travailleurs et des populations locales aux eaux naturelles, à leur teneur en iode et en fluor en passant par les laits maternels et ceux d'origine animale.

Les initiatives prises dès les années 1930 consécutives aux enquêtes démographiques sur le « péril alimentaire » et les ravages de la malnutrition furent vite remises en cause par le contexte international dicté par l'état de guerre. Pourtant, dès avant même la fin du conflit, sous la pression d'une opinion internationale préoccupée du sort des peuples sous tutelle, la métropole signa, lors de la conférence des Nations Unies réunissant 45 pays en mai - juin 1943 à Hot Springs (USA) les accords relatifs à l'amélioration des conditions de vie des populations des colonies.

En effet, du 18 mai au 3 juin 1943, s'est tenue à Hot Springs en Virginie (USA) la première conférence des Nations Unies sur l'Alimentation et l'Agriculture. Il faut préciser qu'avant 1945, le concept « Nations Unies » n'avait

pas son sens actuel qui réfère à l'ONU née officiellement le 24 octobre 1945 ; ce terme désignait plutôt les nations alliées qui avaient mis en commun leurs moyens et forces aux fins de gagner le second conflit mondial. Cette conférence fut convoquée par F.D Roosevelt à la suite d'une étude de l'Australien Frank .L .McDougall portant sur la mise en place d'une structure qui prendrait en compte les problèmes alimentaires et nutritionnels de l'humanité.

Pour le président américain Roosevelt, l'humanité, notamment, les pays pauvres sous domination coloniale, devraient s'affranchir de la faim et de la privation. La conférence de Hot Springs jeta les bases de la création de la future FAO.

Désormais, la prise de conscience et la prise en compte des problèmes de santé impliquaient non seulement les pathologies de la prime enfance, mais aussi et surtout le problème majeur de la malnutrition.

Le Pr. Debré ne dit pas autre chose. Ouvrant les journées médicales de Dakar en 1958, il insista sur les dangers de la malnutrition pour les jeunes enfants. Pour Debré, « le problème de l'alimentation à la période du jeune enfant est extrêmement aigu dans les colonies et nous commençons à nous rendre compte que cette alimentation prolonge ses effets néfastes plus tard et reste à l'état de séquelles chez le sujet plus avancé en âge quand il a été mal nourri étant tout petit »²²³.

L'après-guerre fut une période de prise de conscience des ravages dus aux famines et aux restrictions alimentaires occasionnées par le conflit.

D'ailleurs, dès 1946, la FAO entreprit la première enquête alimentaire mondiale. En vérité, toute la période d'après-guerre durant, les services sanitaires furent unanimes à diagnostiquer l'existence et l'ampleur du « fléau nutritionnel » dans la fédération. Cette convergence dans le discours colonial autour du péril

223. 1H103 (163) : PMI ; Organisation ; Correspondances et projets ; assistance du FISE pour la lutte contre les carences alimentaires et le paludisme.

nutritionnel comme fléau démographique nécessita la création, le 9 juillet 1945 d'une nouvelle structure dénommée Organisme d'Enquêtes pour l'Etude des Populations Indigènes de l'AOF (Alimentation-Nutrition) plus connu sous le nom de Mission Anthropologique.

La création de la Mission Anthropologique fut dictée par la pression d'une opinion internationale sensible aux ravages de la malnutrition dans les colonies. Son programme initial s'inscrivant dans le cadre des accords passés à Hot Springs consistait à déterminer l'état nutritionnel des populations ainsi que le déficit en aliments dans les colonies constituant l'AOF et d'identifier les troubles de croissance, les états de malnutrition ou de sous-nutrition (hypovitaminoses, anémies, carences, etc.). Outre l'inventaire en quantité et en qualité des ressources alimentaires et leur valeur nutritive, la Mission Anthropologique, sous la direction du médecin colonel Léon Palès s'occupa de la formation du personnel médical et de l'éducation du public en matière alimentaire (campagnes contre le gaspillage, sensibilisation sur les méthodes de conservation de la valeur nutritive des aliments, etc.).

Les études nutritionnelles, qui portent essentiellement sur les groupes vulnérables (nourrissons, enfants, femmes enceintes ou allaitantes), ont élaboré des programmes axés sur les tables alimentaires, des enquêtes sur les consommations, la valeur nutritive des aliments et les habitudes alimentaires. Les recherches alimentaires, complétées par des cartographies, des études physiologiques, biologiques, hématologiques et pathologiques, permirent la collecte de précieuses informations relatives aux carences protéiniques, caloriques et vitaminiques survenant surtout en période de soudure ainsi que des données sur les pathologies nutritionnelles (avitaminoses, anémies, kwashiorkor).

Deux années après la mise en place de la Mission Anthropologique, fut créée une section Outre Mer dans le Comité National Français de Coordination des études et recherches sur la nutrition et l'alimentation. Dirigé par Autret, le nouvel organisme s'adonna à des enquêtes à grande échelle ainsi qu'à la conception de programmes de prévention axés sur la lutte contre les carences d'apports protidique, calorique et vitaminiques surtout en zone rurale.

En effet, les bilans globaux ne prennent pas en compte les consommations réelles dans une région déterminée, dans les diverses couches de la population, aux différents groupes d'âge. Ces enquêtes pourraient non seulement tenir en compte les différences dans les familles et faire intervenir les coefficients de digestibilité et les valeurs biologiques. Une telle démarche permet d'identifier les déficits caloriques, protidiques, vitaminiques et, ce faisant, les maladies de carence.

Cependant la modestie des résultats par rapport aux objectifs incita Autret à changer de stratégie. Désormais, la nouvelle méthode s'articula autour de l'intégration du volet alimentaire dans les enquêtes nationales de consommation et de budget des ménages. Une telle approche permit la prise en compte du point de vue des nutritionnistes dans la formulation des politiques d'approvisionnement alimentaire, dans la conception et la mise en œuvre des programmes à grande échelle inclus dans les programmes de développement économique.

L'importance des questions alimentaires et nutritionnelles dans l'avenir des colonies aboutit à l'organisation de conférences inter africaines sur l'alimentation et la nutrition (Dschang au Cameroun, Fajara en Gambie et Brazzaville au Congo en 1952) aux fins d'élaborer et d'approfondir les connaissances sur les conditions nutritionnelles des enfants et de leurs mères.

Ouvrant la séance plénière de la conférence de Dschang le 3 octobre 1949, le Haut Commissaire de la république française, dans son allocution, décline les enjeux alimentaires et nutritionnels dans la mise en valeur des colonies.

Selon le Haut Commissaire, les problèmes alimentaires et nutritionnels revêtent une importance capitale en Afrique noire. D'autant plus qu'il s'agit d'une « question primordiale puisque la conservation de la vie, l'entretien de la santé, l'heureux développement des jeunes et des enfants, en bref, l'avenir même de la race se trouve très étroitement lié au grave problème de la nourriture quotidienne. L'Afrique noire fait actuellement sa croissance dans tous les domaines, économique, politique, social, culturel. Elle aura d'autant plus de chances de la mener à son plein épanouissement, que la croissance même de ses enfants se sera harmonieusement effectuée et aura fait d'eux des hommes robustes et sains qui puissent efficacement participer, pour leur plus grand bien et leur plus grand profit, à la mise en valeur de leur pays »²²⁴.

Les recommandations de ces différentes conférences débouchèrent sur la création d'une nouvelle structure, l'ORANA (Organisme permanent de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines) devant poursuivre les anciennes missions assignées à la Mission Anthropologique. La doctrine de l'ORANA en matière de recherche, concernait principalement l'étude des aliments riches en protéines et adaptés à l'alimentation de sevrage et à la « supplémentation » (huile de foie de requin de fabrication locale à Joal, etc.).

Au bilan, l'instauration de programmes de repas scolaires, l'alimentation des groupes physiologiquement prioritaires (mères, nourrissons), l'éducation des mères (techniques de préparation et de conservation des aliments, hygiène, lutte

224. 1H 56 (163) : Conférence inter-africaine sur l'alimentation et la nutrition, Fajara (Gambie) 19 nov.-2 déc. 1952 ; Dschang (Cameroun) 3-9 octobre 1949.

contre le parasitisme sanguin et digestif), la formation du personnel médical, la création et la vulgarisation de la vente de nouveaux produits (à l’image de la *semolina* à base de semoule, maïs et de tourteaux d’arachide), la distribution de lait et de capsules vitaminées, la mise sur pied de centres pilotes à Popenguine et à Mont Rolland et de structures de récupération nutritionnelle ont permis, à l’évidence, une amélioration de la situation nutritionnelle des groupes vulnérables ainsi qu’une diminution de la morbidité et de la létalité infantiles.

Tableau 22: Evolution de la mortalité infantile à Mont Rolland de 1951 à 1955

Années	Taux de la mortalité infantile
1951	221 ‰
1952	235 ‰
1953	166 ‰
1954	189 ‰
1955	132 ‰

Tableau N° 23 : Quantités globales de lait en poudre distribuées de 1957 à 1960

Années	Tonnage total	Tonnage ORANA et formations sanitaires	Tonnage Ecoles (TE)	Calcul (TE)
1957/58	1000	550	450	73 000 écol. x 40 grs x 150j
1958/59	1380	550	830	155 000 écol. x 40 grs x 180j
1959/60	1470	550	920	128 000 écol. x 40 grs x 180j

Source : IH95 (163)

NB : écol. = écoliers grs = grammes j = jours

Tableau 24 : Quantités annuelles de capsules vitaminées distribuées

Années	ORANA	formations sanitaires	Ecoliers	Total
1957/58	1 000 000	10 000 000	4 000 000	15 000 000
1958/59	1 000 000	10 000 000	6 000 000	17 000 000
1959/60	1 000 000	10 000 000	7 000 000	18 000 000

Cependant, la politique nutritionnelle et alimentaire fut compromise par des carences qui entravèrent, dans bien des cas, la réalisation des objectifs déclinés par les différents programmes. Dans les faits, la lutte contre la malnutrition obéissait à la seule rentabilisation des colonies et la reproduction de la force de travail.

En outre, les luttes et les querelles entre les différentes directions (Santé, Agriculture, Inspections scolaires, Mission Anthropologique, ORANA) pour le contrôle de certains projets, les divergences entre les autorités coloniales et les organismes internationaux (FAO, OMS, UNICEF) dans les approches, les doctrines et les principes mirent à nu des failles et des blocages qui entravèrent la bonne exécution des programmes alimentaires et nutritionnels.

Enfin le maillage, la forte polarisation des infrastructures (centres pilotes à Popenguine et Mont Rolland) et des interventions à l'ouest de la colonie laissent apparaître une juxtaposition de régions périphériques (Moyenne Casamance, Vallée du Fleuve, Sénégal Oriental, Ferlo en contraste à la région ouest relativement privilégiée) fortement marquées par des carences nutritionnelles et des taux de rachitisme élevés qui, inévitablement vont retentir sur la morbidité et la mortalité infantiles.

DEUXIÈME PARTIE

**LA SANTÉ INFANTILE :
MORBIDITÉ ET MORTALITÉ DEPUIS 1905**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Le traitement de l'information sanitaire dans les colonies peut constituer, à n'en pas douter, un sérieux écueil pour l'historien. En vérité, jusqu'aux années 1920 – voire même au-delà – les statistiques sanitaires, centrées pour l'essentiel sur les villes et les Européens, agents de diffusion des normes et valeurs occidentales, ignorent, dans la plupart des cas, les indigènes et le monde rural. Outre leur discontinuité inhérente aux gaps et ruptures, se pose la fiabilité des statistiques sanitaires. D'une manière générale, les statistiques sanitaires, extraites pour l'essentiel de la nomenclature nosologique sommaire sont certainement au dessous de la réalité et ne donnent qu'une idée imprécise de l'incidence de la morbidité et de la mortalité, notamment à l'intérieur de la colonie.

Dès lors, quel crédit accorder aux statistiques sanitaires en général, particulièrement les informations relatives à la morbidité et à la mortalité ?

D'autant plus que l'augmentation du nombre de cas, relevée souvent entre deux séquences chronologiques dans les statistiques sanitaires semble du reste, plus traduire un meilleur rendement et une efficacité accrue des services de dépistage qu'une progression réelle de l'affection durant la période. Le Dr Merveilleux reconnaît lui-même les limites des statistiques démographiques, lorsqu'il affirme : « J'ignore si les jugements portés jusqu'à présent sur les conditions de vie des populations sénégalaises sont basés sur des statistiques rigoureuses, ou simplement sur des données plus ou moins générales et vagues »⁷⁷.

Pourtant, les docteurs. G. Lefrou et M. Gallard attirent l'attention des autorités sanitaires de la colonie sur l'importance des données démographiques dans la

77. Dr.Merveilleux, « Notes démographiques et protection de l'enfance à Saint-Louis », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales* 1906, Tome 9, pp. 132-139, p.132.

bonne marche des services d'assistance aux populations dès l'instant qu'elles permettent de « connaître pour agir »⁷⁸.

C'est après la mise en place des services d'assistance au début du XXe siècle, notamment l'AMI qu'une impulsion est donnée aux statistiques sanitaires compte tenu de leurs enjeux et implications dans la bonne marche de l'entreprise coloniale. En effet, la conception de la biomédecine et de sa pratique aux colonies, notamment durant la période de la stratégie primitive (médecine individuelle et curative) reposait sur la comptabilité des consultations mensuelles, trimestrielles et annuelles. Il s'agissait, dans l'optique du pouvoir colonial, de mesurer durant cette période de « conversion », grâce aux chiffres (statistiques), les progrès des comportements des indigènes et leur degré d'adhésion à la médication occidentale et à son efficacité⁷⁹. Aussi, s'agissait-il de comptabiliser et de soigner les victimes. La mission de l'AMI ne consistait – elle pas à « soigner individuellement et démontrer, par des preuves tangibles, les bienfaits de la civilisation »⁸⁰.

Avant l'introduction de l'immunologie de masse et la découverte de la quinine, le continent africain, très mortifère aux yeux des Européens, était assimilé au « tombeau de l'homme blanc ». La vision hagiographique et apologiste de la médecine coloniale défendue par une certaine historiographie (par exemple Lapeyssonie)⁸¹ estimait que les épidémies (fièvre jaune, choléra,

78. Lefrou G., Allard M., « Une décade démographique (1921 – 1930) à Saint Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortinatalité, mortalité infantile », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales* 1932, Tome XXX, pp. 406 – 427, p.406.

79. Dozon J.P., « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences Sociales et Santé*, Numéro spécial Anthropologie, Sociétés et Santé, vol.III No 34, Paris, novembre 1985, pp. 27-56,7-56, p.30.

80. *Idem*, p. 30.

81. On peut notamment citer les travaux de Lapeyssonie, *Médecine coloniale. Mythes et réalités*. Seghers, 1987, p.23.

Mathis C, *L'oeuvre des pastoriens en Afrique noire*, PUF, 1946.

peste, paludisme, variole, etc.), avec un tempo relativement court, frapperaient, à coups redoublés, avant l'arrivée du Blanc, les populations africaines. Cette perception fut à l'origine d'un imaginaire sur l'Afrique notamment la côte ouest africaine assimilée à un rivage de la mort. A l'époque, le casque, la moustiquaire et la quinine constituaient les compagnons fidèles du colonial. Ce ne fut qu'avec l'installation de la médecine occidentale qu'un coup d'arrêt aurait été donné au désastre épidémiologique avec le recul, voire la disparition de plusieurs endémo épidémies.

Ce point de vue, loin d'être le monopole des défenseurs de la médecine coloniale à l'image de Lapeyssonnie, semble être partagé par une partie de l'historiographie anglaise, bien en avance sur les chercheurs français, dans le domaine de l'histoire de la santé. Des auteurs anglais tels L.H. Gann et Peter Duignan s'inscrivent dans le même sillage et comparent l'introduction de la médecine coloniale dans les colonies à l'avènement de la lumière et du progrès qui auraient délivré les populations colonisées au sud du Sahara du chaos engendré par les meurtrières crises sanitaires⁸².

Cette vision, du reste simpliste et très manichéenne⁸³, pour séduisante qu'elle soit, manque de base solide et, ce faisant, appelle une analyse plus serrée. Dans les faits, la période de l'ordre colonial (1900-1960), qui succéda à la conquête, fut un épisode historique particulier du fait de l'apparition, la diffusion, voire l'aggravation de crises pathologiques spectaculaires⁸⁴. En effet, le travail forcé, l'introduction des cultures spéculatives, les progrès des échanges et des

82. Gann L.H, Duignan P, *Burden of Empire: an Appraisal of Western Colonialism in African South of the Sahara*, London, Pall Mall Press, 1968.

83. Mbokolo E, « Histoire des maladies, histoire et maladies : l'Afrique » ; in Augé M, Herzlich C, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* ; Edition des Archives Contemporaines, 1984, pp. 155 -186, p. 157.

84. *Idem* p.159.

communications ainsi que les migrations forcées ou volontaires ont créé les conditions, non seulement d'une fragilité biologique, mais aussi l'explosion et la diffusion de pathologies jusqu'ici circonscrites dans des espaces restreints, voire clos. Des travaux menés par des historiens anglais comme R.R. Kuczynski ont pu mesurer à sa juste valeur, le rôle et l'impact du système colonial (surtout la période 1890-1920) dans la déstructuration des communautés locales au niveau des colonies africaines⁸⁵. A la déstructuration des communautés locales, s'ajoutent la diffusion de crises sanitaires meurtrières et un recul démographique induit par les ravages des maladies vénériennes⁸⁶.

On peut comprendre, dans ce contexte, que la première moitié du XXe siècle fut rythmée par de nombreuses crises sanitaires qui endeuillèrent la colonie du Sénégal. Un classement étiologique des pathologies de l'enfance laisse apparaître la prédominance du paludisme, des diarrhées aiguës, des infections épidémiques (variolo, rougeole, coqueluche), des infections respiratoires qui, aggravées par la malnutrition, alimentent la morbidité et la mortalité infantiles⁸⁷.

La deuxième partie de la présente recherche analyse l'évolution de la morbidité et de la mortalité infantiles dans la colonie depuis le début du XXe siècle. Elle explore les maladies virales (variolo, rougeole, poliomyélite), parasitaires (paludisme, parasitoses intestinales, bilharziose) et bactériennes (tétanos ombilical, tuberculose) qui, combinées à d'autres pathologies (diarrhées,

85. Kuczynski R.R, *The Cameroons and Togoland : a Demographic Study*, Londres, 1939.
Kuczynski R.R, *Demographic Survey of the British Colonial Empire*, vol.1 *West Africa*, Londres, 1948; vol.II, *South Africa, High Commission Territories, East Africa*, Londres, 1949.

86. Mbokolo E, 1981, op cit, p. 158.

87. Voir à ce propos : Dr. Merveilleux, « Notes démographiques et protection de l'enfance à Saint-Louis », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales* 1906, Tome 9, pp. 132-139 ;
Lefrou G., Allard M, « Une décade démographique (1921 – 1930) à Saint Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortinatalité, mortalité infantile », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, 1932, Tome XXX, pp. 406 – 427.

infections respiratoires, affections oculaires, syphilis) éprouvent sensiblement la population infantile.

Le dernier chapitre de la deuxième partie analyse l'évolution et les grandes tendances de mortalité des jeunes enfants en insistant sur les facteurs, niveaux et structures.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE IV

LES MALADIES VIRALES

Les maladies virales provoquées par des virus (poison en latin) sont des infections non bactériennes et non parasitaires. Agents de plusieurs pathologies, les virus affectent les êtres multicellulaires. Chez l'homme, on peut citer les virus de la grippe, de la poliomyélite, de la variole, de la rougeole, des hépatites, de la rage, de la fièvre jaune, etc. Les progrès de la virologie furent grandement consécutifs à la découverte du microscope électronique en 1938 qui permit l'observation des agents viraux (techniques d'ombrage mis au point par Williams et Wyckoff en 1945, contraste négatif conçu par Brenner et Horne en 1959).

Au Sénégal, les renseignements épidémiologiques disponibles, produits pour l'essentiel par les autorités sanitaires de la colonie mentionnent, parmi ces maladies virales, la variole, la rougeole et la poliomyélite comme des pathologies affectant sensiblement la population infantile. Cependant, si, de la fin du XIX^e siècle au début du XX^e siècle, furent mis en place des structures de prise en charge de la variole (le laboratoire microbiologique de Saint Louis en 1896 pour la production de vaccins et l'AMI en 1905 pour la vaccination antivariolique), il faut bien admettre que, s'agissant de la rougeole et de la poliomyélite, c'est sur le tard que ces pathologies figurent inscrites parmi les priorités sanitaires.

1. LES MALADIES ERUPTIVES : LA VARIOLE ET LA ROUGEOLE

Au Sénégal, en dépit des ravages exercés par les maladies de l'enfant, les politiques sanitaires de prévention et d'intervention ne prirent en compte des pathologies infantiles létales comme la rougeole, la coqueluche qu'à partir des années 1930. Après le second conflit mondial sous la pression d'une opinion publique internationale sensible aux problèmes sanitaires des colonies, les pathologies de l'enfant (rougeole, coqueluche, poliomyélite) furent inscrites parmi les priorités sanitaires. Jusqu'en 1970, la rougeole, la poliomyélite et la variole affligeaient les populations et demeuraient, en dépit des thérapies modernes et locales, des problèmes de santé publique majeurs au Sénégal.

a) La variole

Avant l'introduction des campagnes antivarioliques au début du XXe siècle, la variole représentait au Sénégal une affection létale. Des études consacrées aux endémies et aux épidémies du passé en Sénégal⁸⁸ mentionnent des flambées épidémiques de variole au XVIIIe siècle, précisément en 1712-1725. Plusieurs crises sanitaires, notamment des épidémies de variole jalonnèrent le XIXe siècle⁸⁹ : 1818, 1835-6, 1839-40, 1842, 1846, 1848, 1858-9, 1868-9, 1880, 1883, 1886-9, 1893, 1895.

Dans les colonies constituant l'AOF, la variole a sévi, non sans occasionner de grands ravages. Sa très grande contagiosité à laquelle s'ajoute sa gravité (20 à 30 % de létalité) explique certainement la virulence et l'ampleur de

88. Becker C, Mbodj 1994, « Perspectives historiques » in Ndiaye S, Charit (s. dir), *La population du Sénégal*. DPS. CERPAA, Paris, pp 31-58.

89. Becker C 1993, « L'apparition du sida et la gestion des épidémies du passé au Sénégal ». Communication à l'atelier *Les sciences sociales face au sida en Afrique. Cas africain autour de l'exemple ivoirien*. Bingerville, 15-17 mars 1993, IRD Dakar.

ses manifestations. Surtout qu' « au sein de la population ..., la protection par la vaccination est particulièrement difficile »⁹⁰. Après une certaine accalmie observée au début du XXe siècle suite aux campagnes antivarioliques⁹¹, l'épidémie réapparut dans la colonie du Sénégal en 1928 et en 1939. L'existence de foyers de réserve, la mobilité des populations, les limites de l'action médicale expliquent, entre autres facteurs, la récurrence de la variole qui, le plus souvent sévissait à l'état endémique.

La variole, à l'image de la peste, du choléra et de la fièvre jaune, figurait au rang des maladies quaranténaires affectant et décimant parfois même les expatriés européens tout autant, sinon plus que les populations autochtones. Assez tôt, dès le XIXe siècle, un ensemble de mesures (prévention, hygiène publique, police sanitaire) furent prises contre ces redoutables épidémies aux fins d'assurer la protection et la survie de l'élément européen.

La variole, bien que n'étant pas une maladie spécifique à cette tranche d'âge, n'épargnait pas pour autant la population infantile et se révélait déterminante dans la morbidité et la mortalité infanto juvéniles. De retour d'une tournée dans la colonie du Sénégal en 1903, le docteur Gallay constatait les ravages de la variole sur la population infantile⁹².

Faute de renseignements et de statistiques précis et suffisants, la létalité réelle de la variole reste assez lacunaire même si les ravages de l'affection sont incontestés. En fait, « Les documents sont muets ou peu précis sur le chiffre des décès dans la population, mais s'accordent sur leur importance. Ils doivent être

90. Guignard J., Martin M., « Traitement de la variole », *Médecine Tropicale*, 1957, No 3, pp.40-43, p.40

91. Gallay H 1909a, *Campagnes antivarioliques pendant l'année 1909*. I.S.S Gorée. Imprimerie du Gouvernement général.

92. Gallay H 1904, *Rapports de documents concernant l'AOF. Variole et vaccine*. Paris, Imprimerie F. Didot ; p 4

singulièrement majorés, si l'on considère que les descendance surtout sont atteintes par l'extinction des enfants...La variole doit donc être considérée comme l'un des principaux facteurs qui compromettent la reproduction de nos possessions africaines⁹³ ».

Mentionnée officiellement au Sénégal en 1818 pour la première fois, elle fit de nombreux ravages, difficilement chiffrables. Au début du XXe siècle, le foyer de la variole se déplaça des grands centres urbains (Dakar, Gorée, Saint-Louis, Rufisque) et des escales du chemin de fer pour prendre un caractère épidémique dans l'hinterland⁹⁴. Les statistiques, circonscrites pour l'essentiel dans les villes et escales dotées d'infrastructures sanitaires, ignorent, dans la plupart des cas le monde rural qui, loin d'être épargné, se trouve souvent plus exposé.

Avant la création du centre de vaccination de Saint-Louis par arrêté du gouverneur général en date du 13 mai 1902, le vaccin utilisé au Sénégal provenait des Instituts de Bordeaux et de Lille⁹⁵. Quelques années après la mise en place, dans la colonie, d'un laboratoire à la fin du XIXe siècle, la fabrication des vaccins est effectuée à Saint Louis après l'inoculation et la récolte de la pulpe vaccinale à partir des génisses souvent réquisitionnées par la Direction des Affaires Indigènes auprès des éleveurs⁹⁶. Après cette première étape, « le vaccin est recueilli six jours après l'inoculation de la génisse, dans un mortier en argile et trituré avec une baguette de verre, puis additionné de glycérine et aspiré dans

93. *Idem*

94. Gallay H 1909b, *Trois années d'assistance médicale aux indigènes et de lutte contre la variole 1905, 1906, 1907*. Paris. Larose

95. Dr. Massiou, Médecin-Major de 2e classe des Troupes Coloniales, « La vaccine à Saint Louis du Sénégal », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, Tome VII, 1904, pp. 17-19, p. 17.

96. *Ibid.*

des tubes de verre de 2 millimètres de diamètre, fermés à la lampe »⁹⁷. En une année, de 1902 à 1903, le centre vaccino-gène de Saint Louis a produit, à partir de 20 génisses ou veaux qui ont livré 220 grammes de pulpe vaccinale, 900 tubes de vaccin⁹⁸ qui permirent la vaccination de 1072 personnes ainsi que la maîtrise de l'épidémie dans la vieille capitale de l'A.O.F.

Après la création de l'AMI chargée de répandre la vaccine, démarrent, dès le 1^{er} novembre 1905, les premières campagnes de vaccinations massives contre la variole⁹⁹. Le vaccin, dont l'efficacité restait douteuse, était régulièrement fourni par l'institut vaccino-gène de Saint-Louis qui produisait la quantité de lymphes active nécessaire et assurait la livraison aux autres colonies de la fédération¹⁰⁰. Le Dr. Massiou constate, non sans amertume, les difficiles conditions de travail dans le centre vaccino-gène de Saint Louis où, au début du siècle, la fabrication du vaccin s'effectue dans un magasin faisant office de laboratoire et dans lequel « la trituration de pulpe ... n'est pas à l'abri de germes nocifs. »¹⁰¹. Aussi, recommande-t-il, outre la création d'un institut et l'aménagement d'un local spécial, un équipement approprié (machine de Chalybaus) ainsi que l'amélioration des procédés de fabrication. Surtout que « les tubes de 2 mm de diamètre [utilisés] ne protègent pas suffisamment le vaccin contre l'action de la température extérieure »¹⁰².

Le nombre de vaccinations au Sénégal passa de 4196 en 1905 à 40633 en 1908, 53795 en 1909, 180242 en 1913 et à 378.627 l'année suivante. En une

97. *Idem*, p. 18.

98. *Ibid.*

99. Gallay H, 1904, *op cit*, pp 7-12.

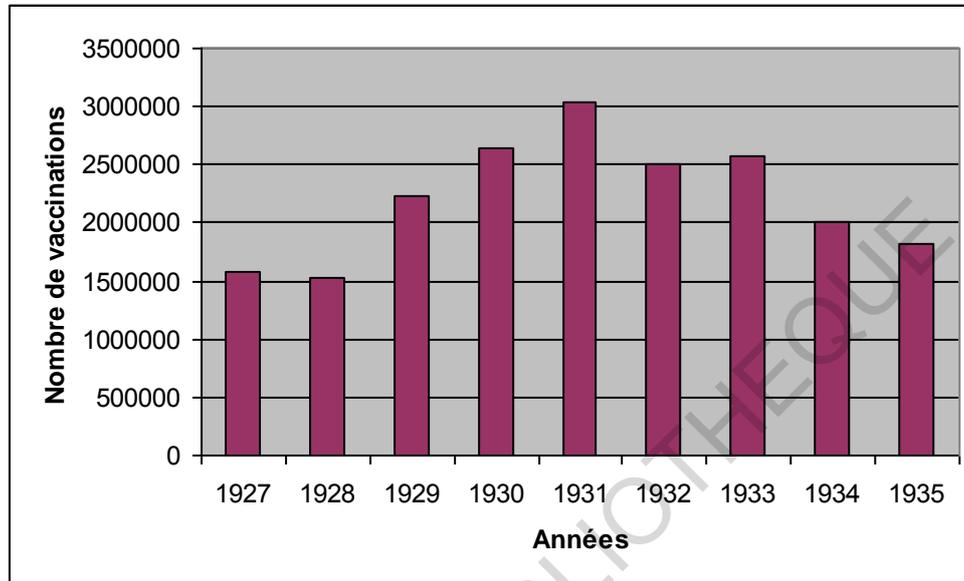
100. Gallay H, 1909b, p 6

101. Dr. Massiou, *op cit*, p. 17.

102. *Idem*, p. 18.

année, la production de vaccins fut doublée : 271590 en 1908 et 600.000 l'année suivante.

Graphique 5 : Vaccination anti variolique en A.O.F de 1927 à 1935

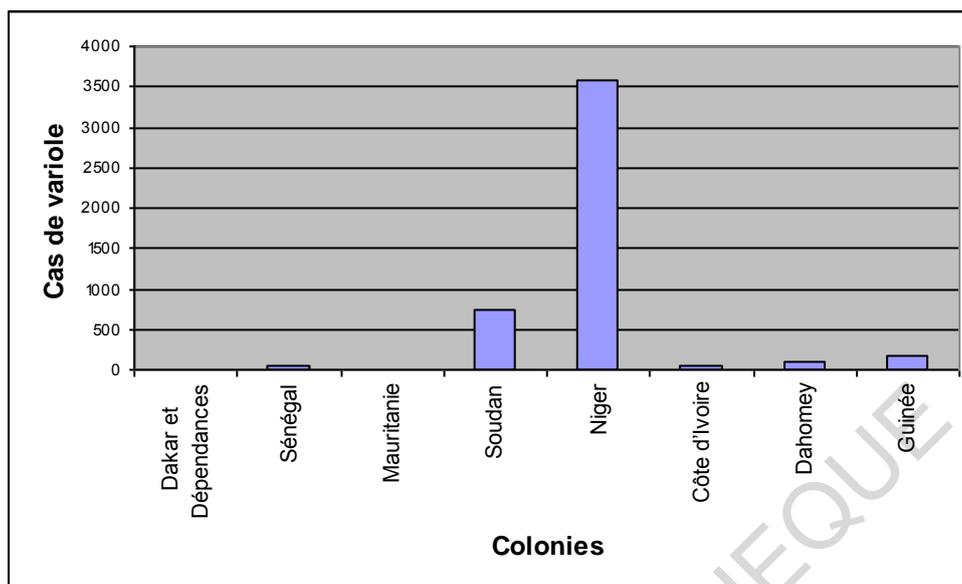


Source : Dr. Peltier et Ledentu, « Les maladies transmissibles dans les colonies », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome VII, 1937, p. 784.

Le nombre de vaccinations, en hausse de 1928 à 1931, amorce une tendance inverse à partir de 1932 jusqu'en 1935 avec une diminution de 813047 unités. Un tel fléchissement pourrait s'expliquer par les difficultés budgétaires induites par la grande dépression des années 1930 et qui eurent des répercussions fâcheuses sur le fonctionnement des services sanitaires.

En AOF, les relevés statistiques signalent une inégale distribution géographique.

Graphique 6 : Cas de variole en A.O.F en 1935 par colonie



Source : Dr. Peltier et Ledentu, « Les maladies transmissibles dans les colonies », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome VII, 1937, p. 802.

En 1935, la variole, avec une certaine virulence, a visité les territoires de la fédération où le chiffre de 4715 cas constitue un record depuis une décennie¹⁰³. Il y eut 15,2% de décès, soit 712 victimes dont 6621 au Niger. Au Soudan, « un réveil accusé a été noté »¹⁰⁴ avec 749 cas contre 126 l'année précédente. En gros, hormis la Circonscription de Dakar et Dépendances et la Mauritanie, la variole a sévi sur l'A.O.F. Pour une population estimée à 14,7 millions d'habitants, il faudrait prévoir une marge de plus de 6 millions de vaccinations, car 8,7 millions d'habitants seulement furent couverts par les campagnes de vaccination.

De 1935 à 1939, ont été observés 16027 cas de variole dans la fédération avec un indice général de létalité de 10,20 % représentant 1638 décès. De 1935 à 1939, 16026 cas de variole furent relevés en AOF avec un nombre de décès de

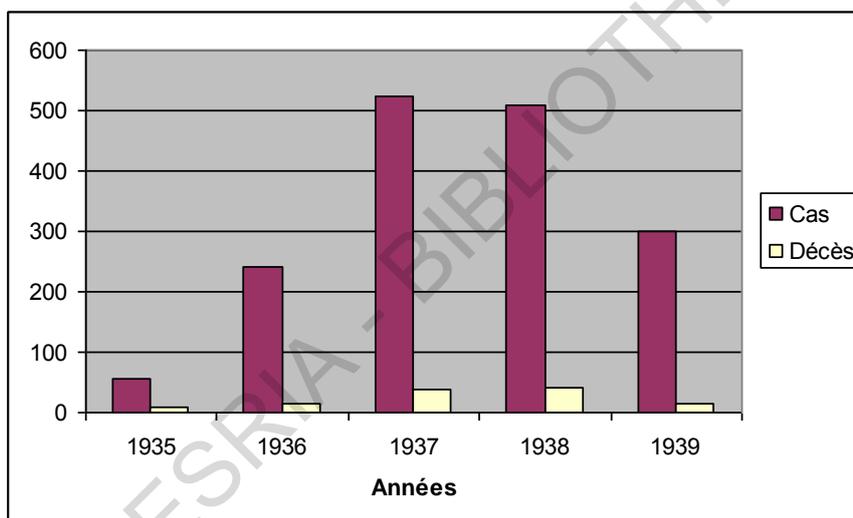
103. Dr. Peltier et Ledentu, « Les maladies transmissibles dans les colonies », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome VII, 1937, p. 783.

104. *Ibid*

10,2 %. L'année 1935 se révèle la plus meurtrière avec 4715 cas et un taux de mortalité de 16 % (soit 756 victimes).

Au Sénégal, la variole, aux dires des autorités sanitaires qui ignorent l'existence de foyers de réserve, est introduite par les *Navétanes* en provenance du Soudan, à partir des frontières de la Gambie et de la Guinée Bissau où elle sévit à l'état endémique¹⁰⁵. D'une manière générale, les atteintes sont échelonnées les six premiers mois de l'année correspondant à la traite qui se singularise par de nombreux déplacements de populations.

Graphique 7 : La variole au Sénégal de 1935 à 1939



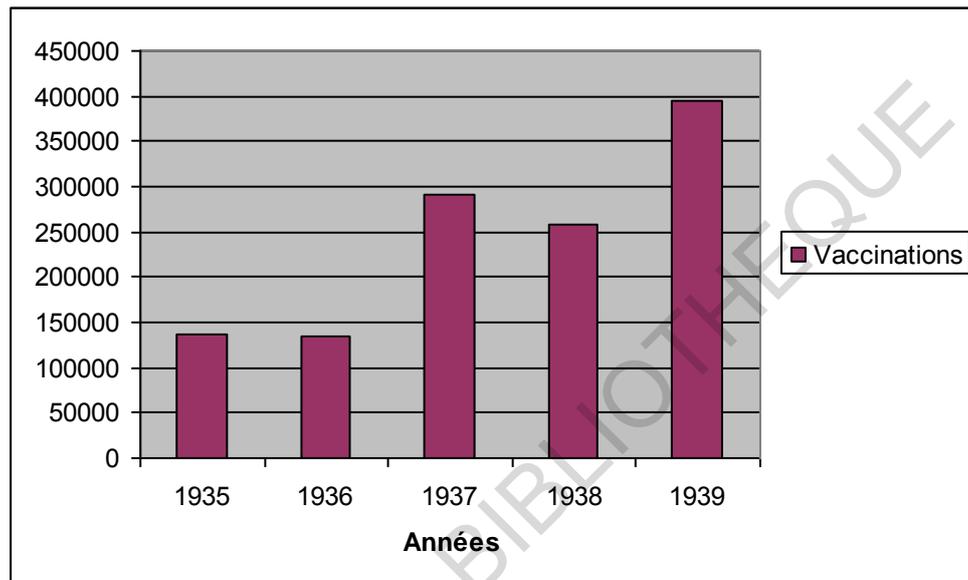
Médecine Tropicale 1941, No 6, Statistiques, pp. 630-667, p. 635.

Entre 1935 à 1939, 1630 cas de variole furent enregistrés dans la colonie du Sénégal. Si le plus grand nombre de cas fut enregistré en 1937 avec 523 unités et 37 décès, le pourcentage de décès semble plus élevé en 1935 avec 18,1 %. (10 décès pour 55 cas).

105. *Médecine Tropicale* 1941, No 6, Anonyme, *Statistiques*, pp. 630-667, p. 634.

Les vaccinations, sont effectuées avec le vaccin sec ou la pulpe vaccinale préparée par le centre vaccinogène de Sor (Saint Louis) et, à partir de 1939, avec le nouveau vaccin mixte anti-amarilique et anti-variolique de Peltier produit par l'Institut Pasteur de Dakar.

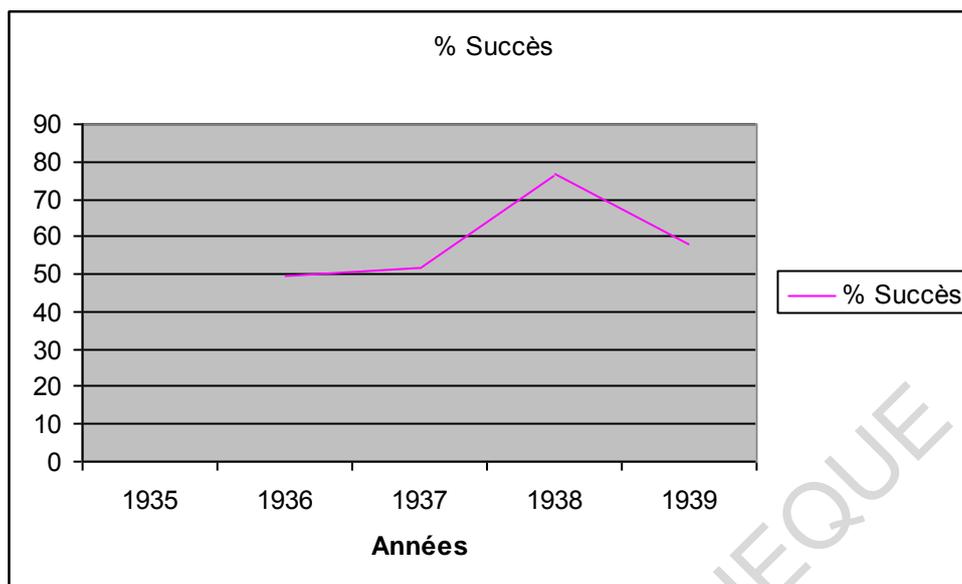
Graphique 8 : Les vaccinations antivarioliques au Sénégal de 1935 à 1939



Médecine Tropicale 1941, No 6, Statistiques, pp. 630-667, p. 635.

De 1935 à 1939, 1.213.229 vaccinations ont été effectuées au Sénégal. Le nombre de vaccinations a presque triplé durant la même période.

Graphique 9 : Les vaccinations antivarioliques au Sénégal : pourcentage de succès



Médecine Tropicale 1941, No 6, Statistiques, pp. 630-667, p. 635.

Le pourcentage de succès oscille entre 50 et 76 % même si le pourcentage global est de 58 %. Le pic des pourcentages de succès est atteint en 1938 avec 76,6 % alors que le creux de la vague est enregistré en 1936 avec 49,9 %.

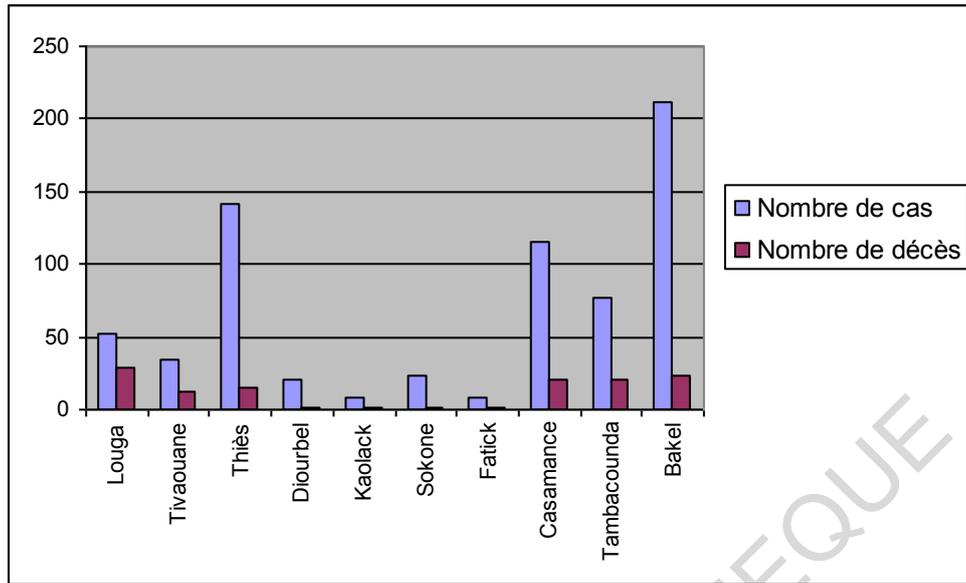
Tableau 25 : La variole dans la Circonscription de Dakar en 1935

	Primo-infectés	Revaccinés	Total
Nombre	2094	7430	9524
Contrôlés	1360	222	576
Positifs	537	39	579
Index p.100	43,65	17,65	36,4

Source : Dr. Peltier et Ledentu, « Les maladies transmissibles dans les colonies », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome VII, 1937, p. 784.

En 1935, la campagne antivariolique s'est soldée avec 9524 vaccinations à Dakar effectuées en gros par le Service d'Hygiène en même temps que la vaccination anti pesteuse.

Graphique 10 : Distribution de la variole dans la colonie du Sénégal en 1935



Source : Dr. Ledentu, « Les maladies transmissibles aux colonies », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome XXIX, 1931, pp. 661 - 851p. 688.

Le nombre de décès s'élève en 1935 à 125. Bakel, la Casamance et Thiès représentent les foyers les plus virulents à cause de l'existence de colonies voisines et des mouvements de populations facilités par le chemin de fer s'agissant de Thiès. La période d'apparition coïncide généralement avec la saison sèche durant laquelle de forts mouvements de population sont observés du fait de la traite agricole. La Casamance constitue, selon Ledentu, un foyer permanent de variole à cause « des relations non contrôlées avec d'autres colonies étrangères [Guinée Bissau, Gambie] où la vaccination n'est pas pratiquée systématiquement»¹⁰⁶.

Quelles étaient les mesures de prophylaxie ? Les médecins Guignard et Martin ouvrent un coin du voile lorsqu'ils affirment, une fois le diagnostic assuré : « il faut déclarer la maladie pour que les autorités sanitaires et les

106. Dr. Ledentu, « Les maladies transmissibles aux colonies », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome XXIX, 1931, PP. 661 - 851p. 689.

services d'hygiène prennent les mesures générales de prophylaxie»¹⁰⁷. Celles-ci sont axées sur des enquêtes sur la localité du patient, le dépistage et l'isolement durant une dizaine de jours des contacts auxquels s'ajoutent l'établissement de cordons sanitaires ainsi que des campagnes de vaccination¹⁰⁸.

Dès les années 1940, un plan de vaccinations quadriennal fut exécuté dans la colonie du Sénégal. En 1953, la vaccination étant encore rendue obligatoire dans la colonie et une bonne partie de la population infantile fut vaccinée. Pourtant, à la veille de l'indépendance, le problème restait entier, le maintien d'une couverture vaccinale suffisante en quantité et en qualité se trouvant compromis par l'insuffisance de moyens matériels et humains à laquelle s'ajoutait l'épineux problème d'information.

Les campagnes de vaccination furent souvent compromises par les problèmes inhérents aux conditions physiques et climatiques, notamment la conservation des vaccins dans des zones marquées par de fortes températures. Une autre difficulté des campagnes d'immunisation est liée à la dispersion de l'habitat dans d'immenses régions (Ferlo, Fleuve, Sénégal Oriental). Il s'y ajoute la méfiance des populations qui perçoivent souvent les campagnes de vaccination comme des opérations de recrutement militaire et de levée de main-d'œuvre. Les scarifications, interprétées comme des marquages étaient dans certains cas, frottées pour faire disparaître les cicatrices. C'est là qu'il faut, certainement, trouver l'hostilité des populations durant les premières campagnes d'immunisation qui, d'ailleurs peuvent se solder par des échecs. Surtout qu'elles furent suivies de réactions vaccinales (fièvre, éruption).

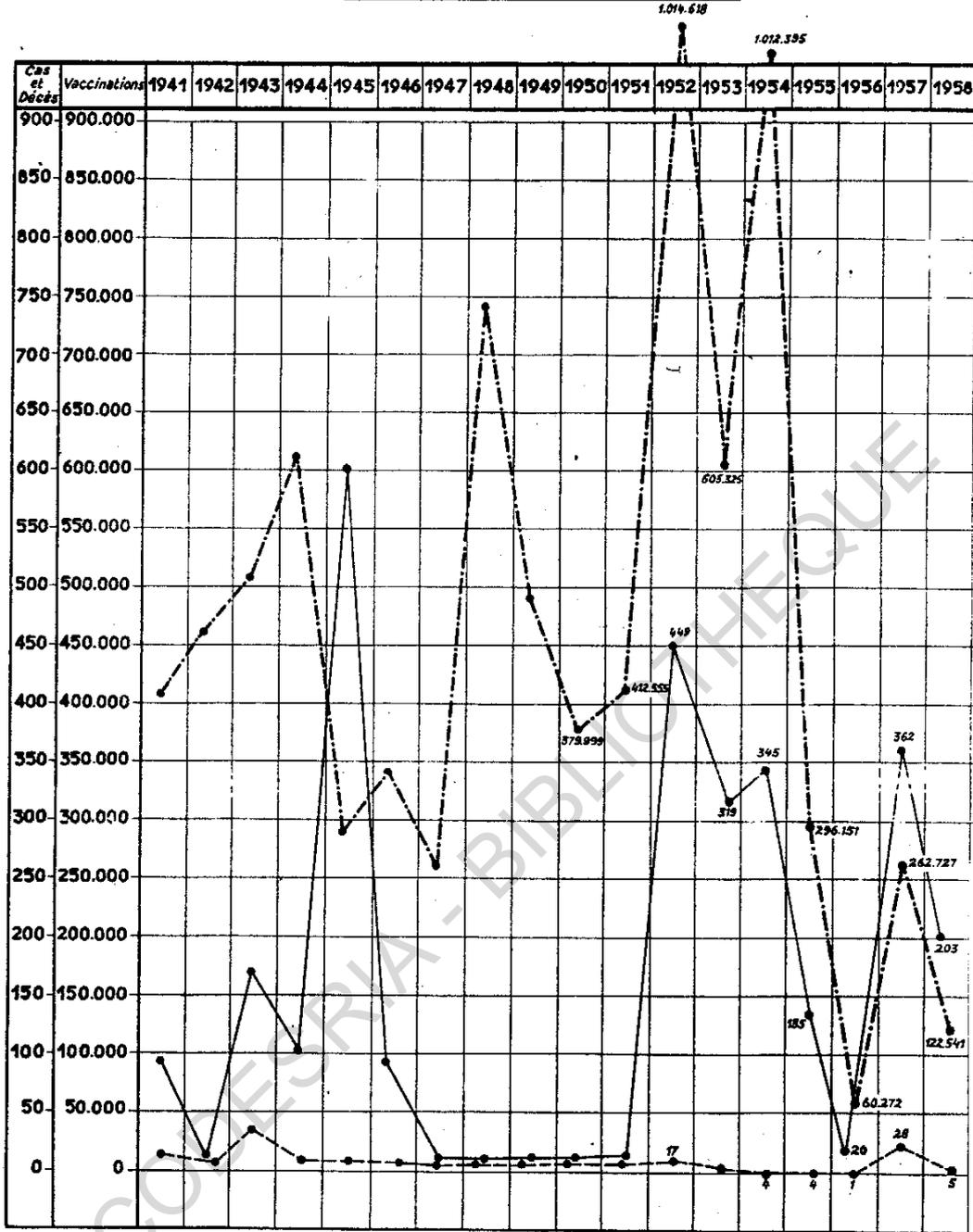
107. Guignard J., Martin M., « Traitement de la variole », *Médecine Tropicale*, 1957, No 3, pp.40-43, p.43

108. *Ibid.*

En dépit des campagnes de vaccination, la variole continuait, avec un tempo relativement court, à affecter sensiblement la population infantile. Comment pourrait-il en aller autrement compte tenu de l'existence de foyers de réserve, l'insuffisance des mesures de prévention défendant mal contre la contagion. Dès la fin du second conflit mondial, l'épidémie visita de nouveau plusieurs parties du pays. Les conditions d'hygiène, le manque de moyens occasionné par le conflit, la détérioration de la situation alimentaire, le ralentissement voire le recul de la protection sanitaire occasionné par l'effort de guerre expliquèrent la virulence et la fréquence de l'épidémie bien au-delà du second conflit mondial. S'y ajoutait le développement des moyens de transport (rails, routes), facteurs d'une forte mobilité (en 1939, l'AOF disposait de 12163 Km de routes et de 3620 Km de voie ferrée parcourues par 13 millions de voyageurs au Km) favorisant les migrations ainsi que la circulation des virus et des épidémies.

LA VARIOLE

AU SENEGAL DEPUIS 1941



—LEGENDE—

— Cas - - - - - Décès - - - - - Vaccinations

Source : Ministère de la santé

Graphique : 11

La courbe montre des oscillations, en rapport avec la récurrence de l'épidémie. En dents de scie de 1941 à 1943, elle prend une allure ascendante avant d'atteindre une pointe en 1945 où 600 cas furent enregistrés. La situation fut d'autant plus alarmante que l'épidémie réapparut au même moment que la peste et la fièvre jaune.

Les campagnes de vaccination apportèrent un répit de 1946 à 1951 sans pour autant endiguer pour longtemps l'épidémie qui réapparut et se signala par l'éclosion de nombreux cas de 1952 à 1954 : 449 cas en 1952, 319 en 1953 et 345 en 1954. Ce n'est qu'en 1956 qu'une chute sensible fut enregistrée mais rapidement remise en cause par l'épidémie qui se signala l'année suivante avec 362 cas. Les séries de données chiffrées, souvent inexactes, n'avaient pas une valeur réelle ; aussi devraient-elles sensiblement être revues à la hausse du fait de la dissimulation des nombreux cas de variole pour être à l'abri de la quarantaine, de la destruction des cases, de la suspension des activités économiques et de l'interdiction des marchés. Dans les faits, les statistiques sanitaires élaborées par les services médicaux étaient fortement sous estimées du fait de la faible fréquentation des structures sanitaires, de la prise en compte de la seule létalité hospitalière et en l'absence d'enregistrements des décès survenus dans les foyers.

Pourtant, face à la médication et à la prophylaxie occidentales (vaccination, mise en quarantaine), existaient des savoirs locaux souvent niés par l'administration coloniale. Ces savoirs, pratiques, coutumes et traditions, constitutifs des cultures locales étaient isolés s'ils n'étaient pas combattus par le pouvoir colonial pour qui, la médecine moderne demeurait la seule référence. Généralement, les thérapies traditionnelles, préventives ou curatives, étaient transmises de génération en génération par les guérisseurs. Quels étaient les moyens de protection, autrement dit les moyens de préservation individuels et collectifs devant la maladie ?

En gros, deux pratiques étaient mises en usage par les populations pour juguler la variole, ou pour éviter son retour : la variolisation et l'isolement. Des sources européennes de même que des traditions orales mentionnent l'existence de savoirs populaires et de recours thérapeutiques traditionnels¹⁰⁹ tels que l'inoculation antivariolique dans plusieurs sociétés sénégalaises bien avant la présence européenne. La diffusion de la variolisation fut largement favorisée par les échanges et trafics commerciaux à travers les voies empruntées par les caravanes chamelières et les colporteurs Dioulas¹¹⁰.

L'inoculation antivariolique concernait à priori les enfants même si elle pouvait s'appliquer à toutes les personnes non encore affectées.

La variolisation consistait en une contamination volontaire en « achetant » la maladie dans des conditions atténuées et plus favorables. L'inoculum était constitué par du virus atténué. Le mode d'inoculation variait, comme du reste la matière inoculée (poudre, desquamations, exsudat ou mixture devenue inerte). Il en résultait une variole minime caractérisée par une période d'incubation d'une semaine¹¹¹. Cette méthode pouvait atteindre l'innocuité même si elle ne jugulait pas la contagion

Le traitement et l'opération étaient prescrits et exécutés par des guérisseurs, marabouts, féticheurs ou de vieilles femmes. Pourtant, cette pratique thérapeutique locale, considérée comme une « variolisation sauvage » restait marginalisée par les autorités coloniales si elle n'était systématiquement combattue. En déniait la validité des savoirs thérapeutiques locaux comme l'inoculation antivariolique, les autorités sanitaires coloniales ont mis en avant

109. Cf. Gallay H 1909b, pp 8-10,

110. *Ibid.*

111. Voir Fasquelle A, Fasquelle R 1971, « A propos de la lutte contre la variole dans les pays d'Afrique », *Bulletin de Pathologie exotique*, Filiales, 64, pp 734-756.

des réponses biomédicales parfois efficaces (vaccinations, quarantaine, isolement) souvent contraignantes, voire coercitives. Autant d'attitudes qui contribuèrent à alimenter des pratiques clandestines et la réaction négative des populations africaines face à la médication occidentale.

Durant toute l'époque coloniale, la variole demeura un problème de santé qui représentait un obstacle à la mise en valeur des colonies¹¹². Sa prise en charge nécessita, dès le début du XXe, la mise en place d'organismes en charge de la production de vaccins (laboratoire de Sor) et de la vulgarisation de la vaccine (AMI). Au lendemain des indépendances, sous l'impulsion des organismes des Nations Unies, dans le cadre des programmes de coopération avec l'OMS et l'UNICEF, les campagnes de vaccination massives contre la variole réussirent à arrêter le cours de l'épidémie qui fut même éradiquée à l'orée des années 1970.

b) La rougeole, une redoutable infection épidémique de l'enfance

La rougeole figure au rang des maladies contagieuses exerçant d'importants ravages dans la population infantile. En vérité, celle-ci paie une importante rançon à l'infection morbilleuse. Et pourtant, l'analyse des pratiques de la médecine aux colonies et des politiques sanitaires montre une négligence, voire une ignorance de certains problèmes de santé majeurs comme la coqueluche et la rougeole. Dans les faits, la prise en compte des épidémies de la prime enfance à l'image de la rougeole dans les politiques sanitaires se révéla tardive. L'épidémie morbilleuse était, avant 1930, rarement mentionnée dans les rapports sanitaires des professionnels de la santé exerçant dans la colonie.

112. Voir à ce propos : Gallay H 1909, *Campagnes antivarioliques pendant l'année 1909*. Inspection de Services Sanitaires. Gorée, Imprimerie du Gouvernement Général.

Gallay H 1909, *Trois années d'assistance médicale aux indigènes et de lutte contre la variole 1905, 1906, 1907*. Paris, Larose.

Pourtant, dès le début du XXe siècle, les autorités sanitaires constatent la prévalence de la rougeole au Sénégal où elle a sévi au premier trimestre de l'année 1905 à Saint Louis, Thiès, Rufisque et Dakar avant de réapparaître la même année à Dakar et Saint Louis¹¹³. Pour le Dr. Hernan, en dépit de « petites épidémies [de rougeole] observées dans plusieurs colonies de l'AOF, elles n'ont pas autrement retenu l'attention des autorités sanitaires, à cause de leur localisation, de leur bénignité et de leur évolution rapide »¹¹⁴.

Toutefois, l'ignorance de la rougeole dans les rapports sanitaires antérieurs à 1930 ne signifiait, loin s'en faut, un recul ou un répit de l'épidémie. En fait, on peut supposer une prévalence de l'infection morbilleuse, universelle et contagieuse même si elle fut occultée jusqu'aux années 1930 par les services de santé opérant dans la colonie.

Durant les deux premières décennies du XXe siècle, les statistiques sur la rougeole, lacunaires, mentionnaient rarement son apparition dans certaines villes. Cependant, si les statistiques font état de « 2 cas isolés à Dakar en 1905 »¹¹⁵, « 40 cas au Sénégal »¹¹⁶ en 1928, subitement, à partir des années 1930, elles furent sensiblement revues à la hausse et occupèrent une place de choix dans les rapports sanitaires. Aux cas isolés, bénignes et localement circonscrits, se succèdent brusquement des épisodes meurtriers à l'échelle de la colonie et qui se chiffrent à des centaines de victimes. Aussi, les autorités sanitaires admettent-

113. Kermorgan A, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1905 », *AHMC* 1907, Tome XX pp. 285-312 Paris, I.N, p. 289.

114. Dr. Hernan « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1928 », *AMPC* 1931 Tome XXIX, pp. 5 -131, p.92.

115. Kermorgan A, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1905 », *AHMC* 1907, Tome XX pp. 285-312 Paris, I.N, p. 289.

116. Dr. Hernan, *op.cit.* p.92.

elles désormais sa prévalence en AOF où « la rougeole a été observée comme les années précédentes dans toutes les colonies du groupe »¹¹⁷.

Ainsi, à partir des années 1930, les statistiques sanitaires mentionnent la rougeole dans la colonie avec des cas à Kaolack, Bakel, Thiès, Rufisque, Saint Louis, Dakar, etc. Témoin, en 1930 à Dakar où 7 cas sont enregistrés contre 277 pour le reste du Sénégal rien que pour le premier trimestre ; à Rufisque, sont relevés une cinquantaine en mai, juin, juillet avec des cas de décès pour complication pulmonaire¹¹⁸. En 1935, l'infection morbilleuse sévit toute l'année à Dakar alors qu' « au Sénégal, on a compté 638 cas, dont 10 Européens »¹¹⁹.

Les statistiques, produites à partir des années 1920, sont élaborées dans un contexte marqué par une nouvelle politique démographique axée sur l'augmentation des populations colonisées aussi bien en quantité et qu'en qualité. Dans ce contexte, la mortalité infantile, selon les autorités coloniales, a un impact réel sur la dégénérescence de la race noire.

Ainsi, l'évolution observée dans les statistiques sanitaires épouse la nouvelle politique sanitaire orientée vers la médecine préventive et sociale où la pédiatrie figure au rang des priorités. Dans l'optique du pouvoir colonial, la rentabilisation des colonies passait désormais par la fructification du capital humain. La relance démographique qui repose sur la doctrine « faire du nègre » postule la protection des mères et des enfants grâce à une lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. On peut comprendre, dans ce contexte, que les maladies de l'enfant et, qui plus est mortelles à l'image de la rougeole, occupent une place de choix dans les statistiques des services sanitaires.

117. Dr. Lefèvre, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1930, *AMPC* 1932, p.555.

118. *Ibid.*

119. Dr. Peltier et Ledentu, « Les maladies transmissibles dans les colonies », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome VII, 1937, p. 1226.

D'ailleurs, dès 1928, le Dr. J. Legendre médecin du corps de santé colonial attire l'attention des autorités sanitaires de la fédération sur l'importance, pour la démographie, des statistiques qui doivent se fonder sur une base scientifique¹²⁰. En vérité, « de bonnes statistiques et la connaissance précise des foyers d'insalubrité sont indispensables pour éclairer la politique sanitaire et renseigner sur le mouvement démographique, comme les bonnes statistiques douanières renseignent sur le mouvement commercial. Une comptabilité exacte du capital humain blanc et de couleur n'est pas moins utile que l'enregistrement exact des entrées et sorties de marchandises, le nombre des enfants nés est plus important à connaître avec précision que le nombre de tonnes d'arachides exportées »¹²¹.

Après la deuxième Guerre Mondiale, sous la pression de l'opinion internationale et face aux impératifs de mise en valeur coloniale, des problèmes de santé publique majeurs - rougeole, coqueluche, malnutrition - vont occuper une place centrale dans les pratiques de la médecine et les politiques sanitaires coloniales. La forte prégnance de l'infection morbilleuse dans les rapports des services de santé résultait de la pression d'une opinion publique internationale (UNICEF, OMS, FAO, CIE) et d'une insistance des autorités préoccupées par l'essor démographique des colonies.

Avant la découverte de la vaccination antimorbilleuse, la rougeole demeurait une des affections les plus létales au Sénégal. Les rapports épidémiologiques établis en 1956 indiquaient une forte létalité (30%) dans le

120. Dr. J Legendre « Colonies et Démographie », *AMPC* 1928, Tome XXVI PP 395-408, p. 496

121. *Idem*, p 397.

cercle de Tamba : 32,5% à Koupentoum et 37,3% à Maka en avril, 28% à Tamba le mois suivant¹²².

Que la rougeole, fléau redoutable soit située au cœur des angoisses populaires, la sagesse des proverbes africains le prouverait à elle seule : « Ton enfant ne t'appartient pas s'il n'a pas encore contracté la rougeole », « La survie de ton enfant n'est pas assurée tant qu'il n'a pas encore fait sa rougeole et sa coqueluche »¹²³. Et pourtant, la prise en compte de l'épidémie morbilleuse dans les priorités sanitaires fut tardive compte tenu de plusieurs facteurs (prévalence en milieu africain, priorité sur les maladies tropicales entravant l'établissement des expatriés).

La rougeole est souvent aggravée par la malnutrition qui imprime aux maladies un caractère dramatique. Ainsi, la gravité des maladies infantiles comme la rougeole s'expliquait non seulement par la densification humaine (surpeuplement, proximité et entassement des enfants favorisant la contagion) et des conditions d'hygiène souvent déplorables, mais aussi et surtout par la malnutrition qui facilitait leur évolution sur des terrains fragiles et précaires¹²⁴. Somme toute, il est établi que la rougeole agit négativement sur l'état nutritionnel et aggrave la malnutrition, notamment l'avitaminose A en rapport au régime alimentaire des enfants souvent médiocre en période de difficultés matérielles.

L'épidémie, fréquente dans la colonie, alimentait la morbidité et la mortalité infantiles. Les renseignements épidémiologiques rares jusqu'aux

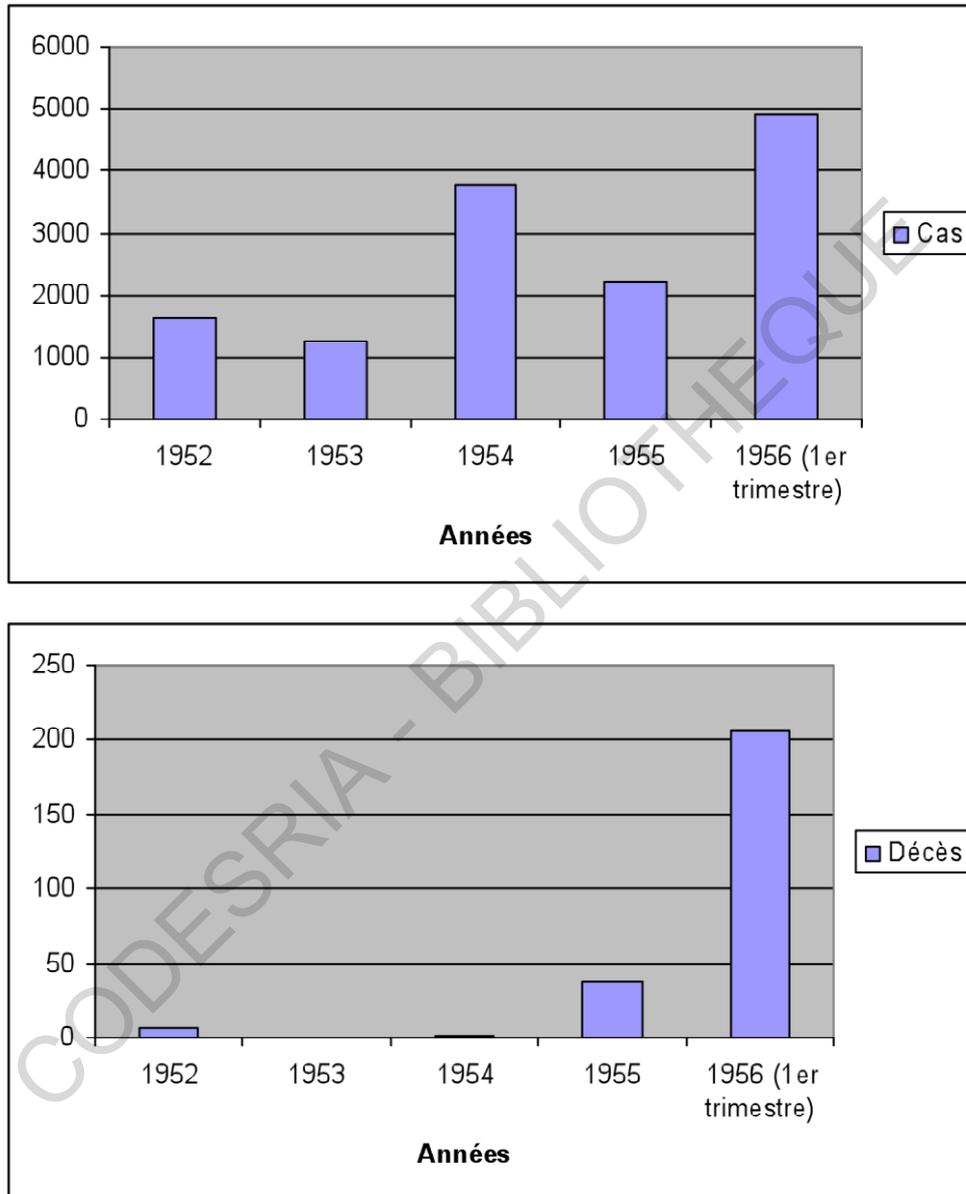
122. ANS 1H 89(163)

123. Jeannès M.B, 2001 « Traditions et thérapies comparées d'une maladie universelle : la rougeole à partir d'une étude réalisée en Afrique de l'Ouest d'expression française » in Histoire et devenir de l'Afrique noire au XXe siècle. *Cahiers d'Afrique noire* No 19-20, s. dir Coquery-Vidrovitch (C), Paris, L'Harmattan, pp163-189.

124. Armengaud M, Louvain M, Frament V, Diop Mar I, « La mort dans la rougeole en pays tropical », *B.S.M.A.N.L.F*, Vol. VII, 1er trimestre 1962, pp.197-220., pp. 218-220.

années 1920, mentionnent, à partir de 1930, plusieurs épisodes infectieux de rougeole dans la colonie.

Graphique 12 : Relevé général des cas de rougeole au Sénégal



Source : ANS 1H89 (163)

Ces données, élaborées par les services sanitaires, étalent toutes les limites des statistiques sanitaires coloniales. Quel crédit accorder aux données statistiques enregistrées par les services sanitaires ? Comment expliquer

l'absence de décès sur 1256 cas enregistrés en 1953 ? L'année suivante, une seule victime fut mentionnée sur les 3796 cas. La forte sous-estimation de la létalité morbilleuse découlait de plusieurs facteurs : décès non comptabilisés, ignorance de l'issue fatale de la maladie, absence d'hospitalisations, prise en compte de la seule létalité hospitalière.

En dépit d'une certaine accalmie enregistrée depuis 1952, les rapports sanitaires signalent la réapparition de l'épidémie à partir de 1954 pour prendre une tournure particulièrement meurtrière en 1956. Surtout qu'elle fut facilitée par la malnutrition, relais indiqué des épidémies qui s'aggravent en période de difficultés matérielles et alimentaires. Chef de l'équipe mobile de lutte contre l'épidémie du cercle de Tamba en 1956, le médecin lieutenant Calvez fut frappé par le mauvais état général de la grande masse des enfants affectés de « malnutrition et sous-nutrition évidentes avec leurs stigmates au niveau des phanères, la fréquence du paludisme, le poly parasitisme »¹²⁵.

A partir de 1954, et ce jusqu'en 1960, des épidémies de rougeole meurtrières ravagèrent l'AOF. Selon les rapports épidémiologiques, des épidémies de rougeole sévissent dans la colonie du Sénégal avec une grande létalité du fait d'un certain répit observé depuis peu. De sorte que l'essentiel des enfants s'exposèrent à l'épidémie sans aucune immunité¹²⁶. Les renseignements épidémiologiques montrent que la variole comme la rougeole se met en réserve, sommeille, puis explose avant de se diffuser au galop.

La distribution géographique de l'épidémie indiquait l'Est, le Nord et le Saloum Oriental comme les redoutables zones de la colonie. Partie de son foyer

125. ANS 1H89(163) :Maladies diverses (béribéri, grippe, rougeole). Renseignements épidémiologiques.

126. ANS 1H89(163).

primitif, le Saloum Oriental, zone constamment en proie à la rougeole, l'épidémie, avec une flambée inquiétante, se propagea pour atteindre l'ensemble du territoire. De son épïcêtre, elle gagna Tamba dès Février 1956 avant de se manifester dans le Sud-Est (Kédougou) et en Casamance. Ensuite l'épidémie, au rythme d'une vitesse de propagation rapide, atteignait le Walo (Dagana, Richard Toll, la zone du Lac de Guiers, Rosso, la Vallée du Fleuve). Au cours du premier semestre de 1956, l'ensemble du pays était touché, avec une forte létalité, des décès enregistrés « un peu partout »¹²⁷. Le bassin arachidier (centre) comme l'indique le tableau fut un foyer indiqué de l'infection morbilleuse¹²⁸.

Tableau 26 : Relevé des cas de rougeole par mois et par cercle au 1^{er} semestre de 1956

Cercles	J		F		M		A		M		J		Totaux	
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
Bas	35	5	-	-	22	2	10	-	8	-	127	9	202	16
Sénégal	4	-	8	-	10	-	-	-	3	-	2	-	27	-
Dakar	27	4	5	-	3	-	10	-	36	3	13	2	94	9
Linguère	26	-	22	-	88	-	39	-	30	-	11	-	216	-
Louga	13	-	6	-	31	-	29	-	43	-	37	-	159	-
Podor	83	2	86	-	58	7	89	3	93	7	NP	-	409	19
Thiès	32	-	32	-	37	1	83	-	24	-	66	-	274	1
Diourbel	1	-	3	-	-	-	-	-	86	-	172	-	262	-
Saint-Louis	71	-	340	-	346	-	227	-	153	-	NP	-	137	-
Kaolack	62	-	8	-	5	-	10	-	3	-	-	-	88	-
Kédougou	-	-	-	-	6	-	16	-	46	-	29	-	97	-
Matam	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-	39	-	54	-
Bakel	-	-	16	-	39	2	171	47	560	87	51	4	837	140
Rufisque	-	-	72	-	487	2	203	-	186	1	NP	-	948	3
Tamba Ziguinchor														
TOTAUX	354	11	598	-	1147	14	887	50	1391	98	547	33	4 924	206

C= Cas relevés ; D= Décès enregistrés ; NP= Non Parvenu

Source : ANS 1H89(163), Maladies diverses

Ce relevé, dressé par les autorités sanitaires coloniales, est livré sous toutes ses réserves, ne prenant pas en compte les nombreux cas dissimulés et la létalité réelle de l'infection morbilleuse. L'incertitude sur le nombre de cas signalés et de

127 *Ibid.*

128. *Ibid.*

décès déclarés engendrait une forte sous-estimation de l'ordre de 1 cas sur 15 en 1939 et de 1 pour 50 en 1940¹²⁹. Pourtant, même inexacts, ces chiffres donnaient une idée de l'ampleur de la propagation de l'épidémie et de sa distribution géographique.

Comment expliquer la forte prévalence de l'infection morbilleuse dans le bassin arachidier central ? La « tyrannie » de la monoculture arachidière, le recul des cultures vivrières, les effets néfastes de la soudure exposèrent les enfants du bassin arachidier, zone assez pauvre, à une certaine fragilité biologique et mettaient en évidence l'importance du facteur alimentaire dans la létalité morbilleuse. D'ailleurs comment aurait-il pu en être autrement avec des enfants fragilisés par les carences nutritionnelles, les avitaminoses, les cachexies et, qui plus est, exposés aux maladies infectieuses ?

En l'absence d'un vaccin anti morbilleux, les mesures spéciales prises par les autorités coloniales comme la fermeture des écoles, l'interdiction aux enfants de fréquenter des rassemblements tels que les marchés, le déploiement d'équipes mobiles composées de forces de sécurité et du service d'hygiène, l'isolement des malades à domicile apportèrent plus de problèmes qu'elles n'en résolurent. En fait elles butèrent plutôt aux réalités socioculturelles. En vérité ces mesures relevaient plus du discours normatif que de la réalité africaine. Comment faire comprendre et accepter à la population africaine la suspension des transactions commerciales, l'interdiction de marchés ou l'isolement des enfants dans une société où l'individu, qui n'existe pas en tant que tel, appartient plutôt au groupe ? Ce qui, certainement, expliquait les dissimulations des malades aussi bien en milieu rural qu'urbain.

129. Voir Jeannès M.B, 1996, *La rougeole en Afrique de l'Ouest francophone, 1930-1970*. Thèse de doctorat en Histoire. Université Paris VII.

Deux facteurs conjuguèrent leurs effets pour rendre l'épidémie particulièrement meurtrière.

D'une part les conditions climatiques du fait de sa propagation à la fin de la saison sèche où les températures très élevées en mai et juin avec des pointes de 42° à l'ombre, accentuèrent la diarrhée profuse et la déshydratation¹³⁰.

Tableau 27 : Répartition saisonnière de la rougeole et des décès au Sénégal (1955-1960)

Ans	Cas Décès	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total	Taux létalité
1955	C	12	23	92	41	81	105	303	92	320	300	276	636	2271	1,6%
	D							37						37	
1956	C	354	598	1147	887	1391	876	1054	432	337	214	242	426	7998	3,60%
	D	11	0	14	50	116	25	40	8	6	19	4	2	289	
1957	C	280	335	463	551	588	826	451	231	184	121	202	217	4449	0,4%
	D	7	1	2	1	1	0	2	0	0	1	0	2	17	
1958	C	434	462	688	669	716	599	299	290	152		372	684	5544	1,10%
	D	5	9	11	4	12	5	5	3	0	1	3	3	61	
1959	C	557	1479	1618	1181	807	981	534	530	458	378	762	731	10036	0,60%
	D	7	8	2	23	1	2	0	3	3	0	3	15	67	
1960	C	1176	1255	2236	1632	1396	804	840	741	377	314	253	493	11527	1,80%
	D	85	20	44	22	4	10	9	3	4	5	7	1	214	

C= Cas ; D= Décès

Source : ANS, *Annuaire Epidémiologiques de l'OMS*

Les relevés épidémiologiques faisant état de la répartition saisonnière de la rougeole et de la mortalité morbilleuse dans la colonie signalent des pics en période de chaleur d'avril à octobre. Les taux de létalité les plus importants furent enregistrés durant la même période avec des pointes en mai (2,4), juillet (2,3) et octobre (2,2).

130. ANS 1H89(163), Maladies diverses.

D'autre part, la période qui coïncidait avec le mois de ramadan caractérisé par des restrictions alimentaires, eut des effets fâcheux sur l'état nutritionnel des enfants. Ceux-ci, même à l'abri du jeûne, subirent d'importantes perturbations alimentaires. En l'absence de plats cuisinés pour eux, ils consommèrent les aliments à leur portée constitués de reliefs de la veille alors que le repas du soir était pris souvent tardivement au moment où ils avaient sommeil.

La maîtrise de l'épidémie fut d'autant plus aléatoire qu'en l'absence de vaccin, les sulfamides utilisés à titre préventif ainsi que les ampoules et stocks de gammaglobuline servant de traitement et dont l'efficacité restait douteuse, s'épuisèrent rapidement, étalant ainsi les limites de la thérapie moderne (médecine européenne) devant les flambées meurtrières de l'épidémie.

Pourtant, la diversité des thérapies traditionnelles¹³¹ atteste que la prise en charge de la rougeole était fortement liée à la communauté. Les traitements et médications, prescrits et exécutés par les vieilles dames ou les mères, étaient préparés à base d'herbes, de plantes, de chair ou peau animale et administrés sous forme de décoction. Alors que le suc de baobab était prescrit sous forme de tisane ou de crème souvent à base de miel comme antidiarrhéique et collyre, les décoctions de peau de margouillat étaient confectionnées sous forme de soupe consommée par les malades. Ailleurs, étaient administrés des bouillons à base d'excréments de poulets auxquels pouvaient s'associer des lavements par voie anale, des potions laxatives.

Les mesures préventives consistaient à anticiper la maladie en accélérant l'éruption afin d'améliorer les autres symptômes (toux, fièvre). En période de

131. Jeannès M.B, 2001, *op cit*, pp. 172-187.

froid, lorsque la maladie était moins redoutable, l'enfant sain était contaminé volontairement par la mise en contact avec un rougeoleux. Pourtant, l'efficacité de ces savoirs traditionnels était, dans certaines circonstances, incontestable.

Ces savoirs, savoir-faire traditionnels, pratiques et coutumes, relevant de systèmes autonomes de production, d'accumulation, de gestion et d'exploitation des connaissances destinés à répondre aux sollicitations des populations étaient souvent marginalisés, à défaut d'être combattus par le pouvoir colonial. La médication occidentale, ignorant l'approche traditionnelle de la maladie, considérait l'attitude des populations comme fataliste alors qu'il s'agissait pour elles d'une maladie universelle inévitable, d'une première initiation, voire d'une étape normale dans l'évolution de l'enfant. Aussi, fallait-il laisser évoluer normalement la maladie, d'autant plus qu'elle était inéluctable.

Les syndromes de l'épidémie, notamment celui méningo-encéphalique, caractérisé par des troubles psychiques et des crises, renvoie, dans le registre de l'imaginaire collectif, au monde des mauvais esprits. La santé, dans le monde africain étant le reflet et l'actualisation pratique d'un équilibre entre les forces maléfiques incarnées par les ténèbres, les mauvais esprits et les puissances protectrices reflétées par les génies et la lumière, la maladie résulte d'une rupture de l'équilibre du fait des mauvais esprits qui se nourrissent du principe vital. Dès lors, le rétablissement de l'équilibre, en l'occurrence la santé doit s'opérer par une prise en charge sociale du malade.

A ce niveau magico religieux, intervient souvent le guérisseur. Dans ce contexte, on peut comprendre aisément le recours des populations aux guérisseurs traditionnels dès que les épidémies se déclenchaient. D'autant plus que les limites des thérapies médicales modernes ouvrirent la voie aux pratiques clandestines et aux réticences des populations africaines. Parvenu, tardivement d'ailleurs en décembre 1955, dans les îles du Saloum, le médecin chef de la

subdivision de Fatick fut frappé de la mort de 35 enfants décimés par l'épidémie de rougeole « après avoir été soumis, sur les conseils du sorcier du coin, à des immersions répétées plusieurs fois par jour dans la mer »¹³².

Jusqu'à l'indépendance, la colonie du Sénégal est soumise à des épidémies meurtrières de rougeole qui, avec un tempo assez court, affectent la population infantile. Une enquête réalisée dans la Vallée du Fleuve Sénégal en 1957-58 révèle une forte létalité avec 63 % des décès causés par la rougeole dans le groupe des enfants âgés de 1 à 4 ans. Les données de l'enquête MISOES remettent fortement en cause l'efficacité des thérapies traditionnelle. Ce que, du reste confirment les renseignements épidémiologiques fournis par l'OMS qui, malgré une sous-estimation importante, indiquent une nette progression de l'épidémie en 1960 et 1961 avec respectivement 11527 et 15607 cas notifiés.

Après l'indépendance, la rougeole demeure une maladie redoutable. Témoin, une étude réalisée par l'UNICEF sur les enfants aboutit aux conclusions des moins reluisantes lorsqu'elle estime que « la rougeole paraît actuellement la maladie infectieuse la plus meurtrière pour l'enfant d'âge scolaire. Une enquête de la MISOES effectuée en 1956-1957 dans la vallée du Sénégal, accorde à cette affection la responsabilité de 31% des décès avant un an et de 52,5% des décès entre 1 et 4 ans.»¹³³. En 1966, dans l'arrondissement de Ourossogui (région du Fleuve), l'épidémie de rougeole apparue en février 1966, affligea la contrée et fit en une quinzaine de jours 250 morts¹³⁴.

132. ANS 1H89 (163), Direction Générale de la Santé publique. Confidentiel.

133. Armengaud M, LouvainM, Frament V, .Diop I. Mar, « La mort dans la rougeole en pays tropical », *B.S.M.A.N.L.F*, Vol. VII, 1er trimestre 1962, pp.197-220., p.197.

134. Discours d'Abdoulaye Ly lors de la cérémonie d'ouverture de la Conférence du CIE « Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique » organisée à Dakar en février 1967.

Jusqu'aux années 1970, la rougeole reste une maladie grave, responsable de manière directe ou indirecte d'une mortalité infantile élevée, de l'ordre de deux tiers chez les enfants de 1 à 4 ans¹³⁵. Une étude menée à l'hôpital de Fann par le service de pathologie infectieuse de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie estime que sur 2300 malades hospitalisés durant le premier semestre de l'année 1961, 725 étaient des rougeoleux, soit environ un malade sur trois¹³⁶. Des enquêtes effectuées à la fin des années 1960 par le Pr Jean Sénécal dans les structures sanitaires confirment les mêmes tendances lorsqu'elles indiquent une forte mortalité due à la rougeole entre 1 et 5 ans, aggravée par l'état de malnutrition sur lequel elle évolue¹³⁷.

La mise au point d'un vaccin par Enders et Katz aux USA incita l'OCCGE à le tester dans ses Etats membres. Au Sénégal, le vaccin testé dans l'arrondissement de Tataguine et à Niakhar fut délaissé peu après, compte tenu de son innocuité jugée insuffisante par les autorités sanitaires¹³⁸. Ce ne fut qu'après la mise au point d'un nouveau vaccin issu de la souche Schwarz qu'une étude pilote limitée à la zone de Khombole fut réalisée en 1965. Le succès consécutif à cet essai permit la généralisation du vaccin dans les Etats de l'OCCGE.

Au Sénégal, la vaccination contre la rougeole entamée à grande échelle à partir de 1968 grâce à l'appui de l'OMS et de l'UNICEF connut des résultats éclatants. L'épidémie fut vite maîtrisée ; elle connut même un recul spectaculaire, le nombre de cas passant de 27148 en 1967 à 16354 l'année

135. *Ibid.*

136. *Ibid.*, p.298.

137. Sénécal J, Dupin H, « Les besoins nutritionnels de l'enfant au cours des premières années », *Les Carnets de l'Enfance* No 15, juillet septembre 1971 pp. 58-71, p. 60.

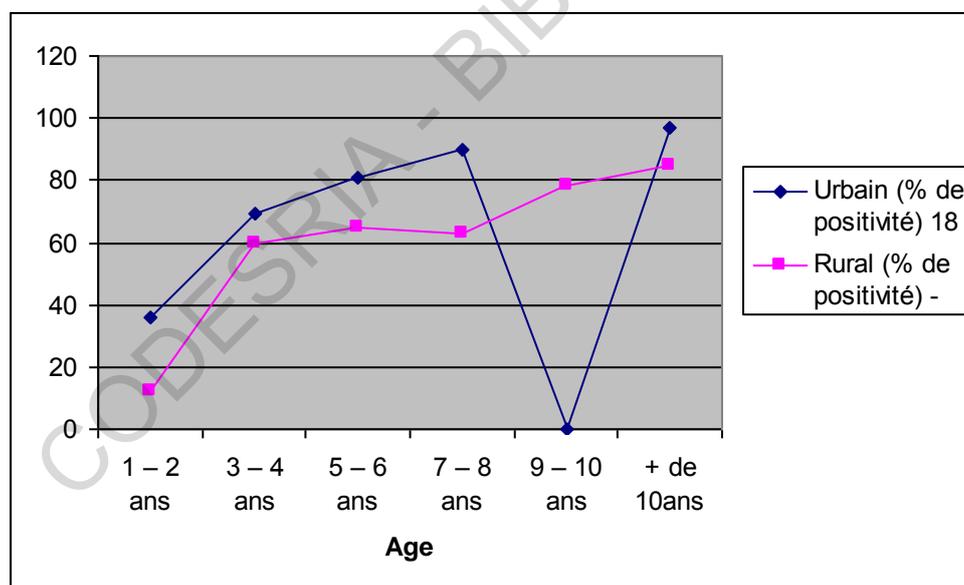
138. République du Sénégal, 1973, *IVe Plan Quinquennal de Développement Economique et Social*, 1973-1977, p. 198.

suivante¹³⁹. Ce niveau s'est maintenu en 1971. Dans le Sine Saloum, la proportion de décès par rougeole passa de 11 et 22 % à 2 et 1 %. Toutefois, ces résultats probants furent compromis dès 1972 par la recrudescence de l'épidémie liée à l'insuffisance des moyens, au problème de conservation des vaccins et au relâchement des autorités politiques et médicales.

A partir des années 1970, les tendances indiquent des modifications épidémiologiques de nombreuses maladies comme la rougeole.

En ville, celle-ci ne sévit plus sous les formes de brutales flambées épidémiques identiques en milieu rural mais plutôt comme un phénomène chronique affectant les jeunes citadins beaucoup plus tôt que les jeunes ruraux. Ce qui, du reste, vient confirmer les conclusions d'une étude réalisée depuis 1972 et qui procéda à la recherche simultanée des anticorps inhibant l'hémagglutinine virale dans les sérums de sujets citadins et ruraux¹⁴⁰.

Graphique 13 : *Hémagglutinine virale dans les sérums de sujets citadins et ruraux*



139. Becker C, 1997, « Tempo d'une épidémie sur quarante ans en Afrique Occidentale : la rougeole » in *AOF : réalités et héritages*, op. cit, pp 1240-1241.

140. Cantrelle P, 1972, « Recherche sur la morbidité et la mortalité différentielle urbaine-rurales au Sénégal » in *La croissance urbaine en Afrique noire et à Madagascar* Tome 1, CNRS, Paris, pp317-357

La virose affecte, en milieu rural, les enfants à un âge un peu plus élevé qu'en milieu urbain. En outre, l'infection morbilleuse évolue, en milieu urbain, à l'état endémique alors qu'en zone rurale elle sévit de manière récurrente en épidémies de moindre intensité de courte durée et séparées de plusieurs années.

2. La poliomyélite

C'est à partir de la seconde moitié du XIXe siècle que débutèrent des études dans les pays scandinaves où la poliomyélite soumettait à rude épreuve la population infantile. A la fin du XIXe siècle, les chercheurs suédois, notamment Médin, grâce aux études menées sur les plans clinique et épidémiologique, permirent des percées significatives dans la connaissance de cette maladie qui, à l'époque, fut dénommée « paralysie infantile » compte tenu des ravages exercés particulièrement chez les jeunes enfants.

Au début du siècle, plus précisément en 1909, les recherches entreprises par Landsteiner, Flexner, Popper, Lewis, Levaditi et Noguichi approfondirent la connaissance de l'étiologie de la poliomyélite suite à la reproduction expérimentale de la maladie chez le singe supérieur (*Macacus rhésus*, *Macacus cynomolgus*). En effet, on estime que la maladie simienne, aussi bien sur les plans clinique, épidémiologique et anatomo-pathologique, est totalement superposable à la maladie humaine. Au congrès de Berne, en reconnaissance au mérite des chercheurs Suédois, la poliomyélite fut dénommée « maladie de Heine-Medin ». D'autres congrès internationaux (Copenhague, Bruxelles, Rome) furent consacrés à la maladie très liée aux flux migratoires et considérée comme « ubiquitaire et mondiale »¹⁴¹. La conférence de Genève organisée en juillet 1957 fut axée sur l'évaluation de la vaccination.

141. Crosnier R, « Poliomyélite, maladie d'actualité », *Médecine Tropicale* 1958, Volume 18, No 2, pp. 205-227, p. 206.

En AOF, c'est sur le tard que la poliomyélite fut prise en compte dans la nomenclature nosologique. Au Sénégal, c'est, timidement à partir des années 1940 et plus vigoureusement au début des années 1950 que la poliomyélite, désormais maladie à déclaration obligatoire, commence à apparaître régulièrement dans les statistiques sanitaires. L'épidémie de poliomyélite singulièrement meurtrière qui visita la capitale fédérale en 1954 pourrait, à coup sûr, expliquer l'attention, désormais toute particulière, accordée à la « paralysie infantile ».

Par ailleurs, rien ne semble indiquer l'inexistence, auparavant, de la poliomyélite dans la colonie, surtout en milieu rural qui se particularise, comparé aux zones urbaines, par une couverture sanitaire bien insuffisante. D'autant plus que des études ont mis en évidence une grande prolifération des virus poliomyélitiques au sein des populations des régions africaines où ces études ont été entreprises¹⁴². Ces recherches concordent sur la prévalence, à l'état endémique, de la poliomyélite dans tous les territoires de l'AOF. Aussi bien à Popenguine, Mont Rolland qu'à Dakar des prélèvements de sérum effectués en 1957 sur 366 enfants signalent l'existence de trois types de virus poliomyélitiques (précocité et intensité de l'acquisition des trois types d'anticorps) et une surinfection permanente au sein des populations de la région dakaroise¹⁴³.

La difficulté à établir un diagnostic pour les formes atypiques ou frustes, occultes ou inapparentes, « la polysymptomatologie éventuellement diffuse, et partant extrêmement variée et nuancée de la poliomyélite »¹⁴⁴ devrait inciter tout

142. Saïd G et alii, « Etude des anticorps neutralisant les virus de la poliomyélite chez trois groupes d'enfants africains de la région de Dakar ». *Bull. Soc. Méd. Afr. N.* 1959, Vol. IV, No 2, pp. 143-153.

143. *Ibid.*

144. Crosnier R, « Poliomyélite, maladie d'actualité », *Médecine Tropicale*, 1958, Volume 18, No 2, pp. 205-227, p. 207.

observateur averti, à manipuler avec circonspection les statistiques sanitaires officielles. D'autant plus que, « généralement faussées à la base, elles pêchent toujours par défaut et jamais par excès »¹⁴⁵.

Jusqu'en 1954, les rares cas de poliomyélite ne se manifestaient que de façon sporadique. Aussi, 20 cas seulement en 1942 et 30 en 1948 furent-ils relevés à Dakar¹⁴⁶. Sur la base de ces statistiques officielles bien douteuses, les autorités sanitaires estimaient que « les maladies à virus neurotropes ne sont pas très fréquentes à Dakar, puisque du 1^{er} janvier 1951 au 1^{er} novembre 1952, nous avons observé chez les enfants africains de l'Hôpital Principal 30 syndromes neurologiques aigus, d'origine virale vraisemblables, soit 4 % des hospitalisations. Chez l'enfant européen, les poliomyélites sont assez rares, puisque nous n'en avons observé que 7 cas au cours des années 1951 et 1952 »¹⁴⁷.

Dans ce contexte, on peut comprendre aisément le désarroi et la surprise des autorités sanitaires de la colonie dès le déclenchement de l'épidémie de poliomyélite avec paralysie à Dakar en 1954. Les statistiques, mêmes limitées dans les centres urbains, laissent deviner que la colonie fut sérieusement affectée par l'épidémie : 132 cas constatés à Dakar, 78 cas évacués des villes environnantes en provenance, pour l'essentiel de Thiès (21), Kaolack (28), Rufisque (15)¹⁴⁸. En un trimestre (du 9 avril au 9 juillet 1954), 210 patients furent traités dans les structures hospitalières dakaroises.

145. *Ibid* p.206.

146. Koerber R, Thiery G, « Note sur l'étude expérimentale du virus poliomyélite au cours de l'épidémie dakaroise de 1954 ». *Bulletin Médical de l'AOF* 1956, No 1, pp.93-106, p.93.

147. *Ibid*.

148. Creste L, Breteau H, *La poliomyélite à Dakar. Epidémie de mars-août 1954. Bref aperçu de l'affection en AOF*. Dakar, Rapport non publié.

A l'Institut Pasteur de Dakar, des recherches furent menées aux fins de reproduire la maladie chez le singe à partir de selles de malades. Si cette expérience fut couronnée de succès, par contre les passages à la souris et singe-souris se soldèrent par des échecs (aucune souche n'a pu être adaptée à la souris blanche).

CONCLUSION

Au Sénégal, les maladies virales ont sensiblement affecté la population infantile et, du coup, posé un problème de santé publique majeur. Alors que la variole fut prise en charge dès le début du XXe siècle, les épisodes infectieux dans la prime enfance (rougeole, poliomyélite) malgré leur virulence, ne furent que tardivement une préoccupation majeure de l'administration coloniale. Il fallut attendre les années 1930, suite à la maîtrise des grandes endémies décimant la population européenne (fièvre jaune, etc.) et face aux préoccupations de mise en valeur des colonies pour voir l'action médicale s'orienter vers les maladies de l'enfance à l'image de la rougeole. L'option des autorités sanitaires semble validée par les conclusions d'enquêtes démographiques ciblant la mortalité infantile comme facteur de dégénérescence de la race noire au moment où s'imposait la mobilisation de la main d'œuvre pour rentabiliser les colonies. La politique de régénérescence de la race noire commande une réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants. Pour valider une telle option, furent produites et « mises en scène » des statistiques et renseignements sanitaires dans l'optique de justifier l'urgence d'une prise en charge des pathologies infantiles. On peut comprendre, dans un tel contexte que dès les années 1930, la rougeole occupe une place de plus en plus importante dans les statistiques sanitaires alors que la poliomyélite ne figura parmi les priorités sanitaires qu'après la seconde guerre mondiale.

CHAPITRE V

LES MALADIES PARASITAIRES

Les maladies parasitaires (maladies parasitiques) ou parasitoses réfèrent à l'ensemble des pathologies provoquées par des parasites. Parmi ces pathologies, figurent le paludisme, la fièvre jaune, la peste, le typhus, la trypanosomiase etc. Très tôt, dans plusieurs sociétés, moustiques et puces, poux, oxyures et les ascaris de même que tiques, sangsues et autres buveurs de sang furent identifiés comme des parasites. L'étude des parasites (végétaux et les animaux) relève de la parasitologie. Les avancées enregistrées au niveau de la parasitologie furent rendues possibles grâce aux innovations et améliorations techniques de la microscopie optique et les travaux de Pasteur, relatifs à la nature vivante des germes pathogènes, aux méthodes de prophylaxie par la vaccination, et de thérapeutique grâce aux sérums spécifiques.

Les innovations techniques (microscopes) et les découvertes de Louis Pasteur vont baliser la voie à des progrès décisifs au niveau de la parasitologie. Dès 1875, Loesch découvre l'amibe dysentérique et met en évidence son rôle pathogène. En 1880, Alphonse Laveran identifie en Algérie à Constantine, l'hématozoaire responsable du paludisme. A la fin du XIXe siècle, les travaux de R Rosst démontrent que l'infection palustre est exclusivement transmise par la piqure des moustiques du genre *Anopheles*. Au

début du XXe siècle, les trypanosomes de la maladie du sommeil africaine sont identifiés en 1902 par Fordes et Dutton.

Aggravées par les conditions d'hygiène et la malnutrition, les maladies parasitaires, à l'image du paludisme, des parasitoses intestinales et de la bilharziose alimentent sensiblement la morbidité et la mortalité infantiles dans la colonie.

1. LE PALUDISME

Au Sénégal, le paludisme pose un véritable problème de santé publique. Facteur essentiel de régression économique, obstacle majeur à l'implantation européenne et au développement du continent africain¹⁴⁹, le paludisme demeure la grande pandémie coloniale et le Sénégal lui paie un lourd tribut ; dans la colonie, il « reste le grand ennemi de la colonisation »¹⁵⁰.

Assez tôt, il constitua une préoccupation des autorités coloniales, l'enjeu majeur étant le contrôle du paludisme aux fins de réduire la morbidité et la mortalité occasionnées par l'affection palustre. Il fallait, sous peine de compromettre le projet colonial, s'attaquer aux grandes endémies (paludisme, fièvre jaune) qui éprouvaient la colonie.

Présentement, le paludisme demeure une préoccupation majeure des autorités sanitaires. D'autant plus que la multiplication des foyers larvaires, la résistance aux médicaments, la permanence des moustiques et la modification de l'environnement ont occasionné un phénomène d'accommodement à cette

149. Bernard P.M, « Le paludisme, problème de santé publique », *Médecine Tropicale* No 2, 1957, pp.224-228, p.228.

150. Dr. Hernan « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1928 », *AMPC* 1931 Tome XXIX , pp. 5 -131, p. 37.

maladie qui, avec une remarquable constance, pose un réel problème de santé publique.

a) Paludisme et colonisation : histoire d'une pathologie sentinelle des côtes ouest africaines

Elément prégnant dans le tableau nosologique du Sénégal, le paludisme depuis l'implantation des premiers expatriés européens, n'a cessé d'être une préoccupation majeure des autorités sanitaires de la colonie. En effet, « le paludisme est toujours l'endémie la plus répandue et l'une des plus redoutables »¹⁵¹. Ainsi, hors de doute que dans la colonie, « le paludisme [représente] un problème de santé publique »¹⁵² majeur.

Aux dires du Dr.Lefèvre, « Il n'est pas d'affection mieux connue que la malaria... ; elle est universellement répandue. C'est au paludisme que l'humanité paie un lourd tribut... Elle constitue un danger social au premier chef, soit par la mortalité et surtout la mortinatalité qu'elle entraîne, soit par les invalidités qu'elle détermine. Elle entrave dans une large mesure nos efforts de colonisation »¹⁵³. On peut comprendre, dans ce contexte que « le paludisme est donc le grand ennemi à combattre » selon le Dr A. Kermorgan¹⁵⁴.

D'après les statistiques coloniales, l'endémie cause, à elle seule, plus de mal à l'Européen que toutes les autres réunies. En 1900, 1168 impaludés furent recensés à Saint Louis sur les 2052 entrées, soit plus de la moitié. Pourtant, les Africains ne sont guère épargnés. Le Dr. Kermorgan ne dit autre chose lorsqu'il

151. Dr.Lefèvre, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1930 », *AMPC*, 1932, p. 296.

152. Bernard P.M, « Le paludisme, problème de santé publique », *Médecine Tropicale* No 2, 1957, pp.224-228.

153. *Idem* pp 339-340.

154 Dr A. Kermorgan, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1903 », *AHMC* 1904, Tome Huitième pp. 424-453. p. 447 Paris, I.N.

affirme : « Au Sénégal, le paludisme est l'affection la plus fréquente chez les Européens dans tous les postes. Les indigènes n'en sont pas exempts ; les cas de splénomégalie et de cachexie ne sont pas rares chez les enfants »¹⁵⁵.

Tableau 28 : Paludisme dans les hôpitaux civils et militaires du Sénégal : morbidité et mortalité.

Années	Nombre de journées			Nombre de cas			Nombre de décès		
	Europ.	Indig.	Total	Europ.	Ind.	Total	Europ.	Ind.	Total
1905	11573	580	12153	739	49	788	9	3	12
1906	17567	605	18172	1261	53	1314	10	2	12
1907	12480	1356	13836	878	49	927	15	2	17
1908	14735	769	15504	1068	47	1113	4	3	7
1909	16158	1433	17591	1224	74	1298	6	2	8

Source : Dr. Merveilleux, « Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.) », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, pp. 676-704, p.693

Les relevés statistiques des hôpitaux civils et militaires de la colonie montrent une progression du paludisme de 1905 à 1909. Le nombre de journées d'hospitalisation passe de 11573 en 1905 à 16158 en 1909 chez les Européens, soit une augmentation de 4585 contre 853 s'agissant des Africains.

Dans la colonie, les recherches sur l'anophélisme (anophèles gambiense ou costalis, pharoensis) et sur le réservoir de virus indiquent un index hématologique élevé, reflet d'une endémicité palustre. A Dakar, André Léger relève, en 1919, un index hématologique de 39%. Trois années plus tard, Marcel Léger et A. Baurry notent 42,3%¹⁵⁶.

155. Dr A. Kermorgan, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1905 » *AHMC* 1907, Tome XX pp. 285-312 Paris, I.N, p 307.

156. Robin C, Brochen L, « Le paludisme à Dakar », *Médecine Tropicale*, 1946, No 1, pp. 52-62, p.52.

Il est hors de doute que l'affection palustre marque la nosologie du Sénégal et représente à lui seul, pour l'élément européen les 46% de la morbidité générale et les 56 % de la mortalité¹⁵⁷. Ainsi, en 1903, « sur les 1000 entrées dans les hôpitaux [du Sénégal], on en a compté 629 pour le paludisme»¹⁵⁸. En 1904 et 1905 ont été enregistrées respectivement 407 et 242 entrées¹⁵⁹. Plus de deux décennies plus tard, la même tendance se dégage avec, de 1926 à 1930, 1209 cas et 27 décès chez les Européens contre 18375 cas et 108 décès¹⁶⁰ pour la population africaine.

Le cycle du paludisme poursuit une courbe mensuelle presque horizontale en janvier, février mars et avril, avant de commencer à se relever en mai et atteindre sa pointe en octobre pour redescendre ensuite et revenir en deux mois à son point de départ¹⁶¹. La pointe est atteinte en saison chaude ou hivernage avec une recrudescence de juin à janvier. Ainsi, sur 1133 entrées dans les hôpitaux en 1902, 1045 ont eu lieu de juin à décembre inclus, tandis que l'on n'en compte que de 88 de janvier à mai inclus, période qui coïncide avec la saison fraîche et à l'absence de moustiques¹⁶². Le Médecin-Colonel Grosfillez constate, une trentaine d'années plus tard, la même tendance de la courbe des cas enregistrés dans les dispensaires du Sénégal où, en 1932, 850 cas furent traités

157. Dr A. Kermorgan, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1904 », *AHMC* 1906, Tome XIX pp. 349-377 Paris, I.N.

158. Dr A. Kermorgan, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1903 », *AHMC* 1904, Tome Huitième pp. 424-453. Paris, I.N, p. 446.

159. Dr A. Kermorgan, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1905 », *AHMC* 1907, Tome XX pp. 285-312 Paris, I.N, p. 307.

160. Dr. Lefèvre, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1930, *AMPC* 1932, p. 341.

161. Dr A. Kermorgan, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1903 », *AHMC* 1904, Tome Huitième pp. 424-453. Paris, I.N, p. 441.

162. *Ibid.*

en janvier, 1250 en décembre, en passant par un minimum en avril (550 cas) et un maximum de 1850 cas en septembre¹⁶³.

Contre « le grand ennemi de la colonisation »¹⁶⁴, la science outre-mer s'est investie, dès le XIXe siècle dans la recherche aux fins de maîtriser, à défaut d'éradiquer, la « grande pandémie coloniale »¹⁶⁵. Dans les faits, le problème posé par le paludisme dans les colonies a contribué grandement à la recherche médicale, à la naissance de branche particulière de science médicale comme la médecine tropicale, la pathologie exotique et l'entomologie médicale. En effet, s'il est admis que généralement on soigne pour guérir, encore faudrait-il, au préalable savoir pour soigner même si on, peut en situation coloniale soigner pour savoir (expériences, cobayes humains).

Longtemps durant, les insectes ont pesé sur la destinée des hommes sans pour autant que ceux-ci saisissent, à leur juste valeur, leur action néfaste sur la santé humaine et animale. Ces arthropodes pathogènes - poux, puces, moustiques, mouches, tiques - aussi minuscules soient-ils, ont imprimé leurs marques et déterminé les crises sanitaires et endémo-épidémies du passé qui, tels la peste, le typhus exanthématique, le paludisme, la trypanosomiase, ont, dans certains contextes, réorienté le cours de l'histoire ainsi que la destinée des hommes. Toutefois, les soins, protocoles thérapeutiques, de même que la prophylaxie et la guérison nous autorisent à considérer deux questions fondamentales : « qui agresse et comment agresse-t-il » ?

163. Médecin-Colonel Grosfillez, « Les principales maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat en 1932 », *AMPC* 1934 Tome XXXII, p. 181.

164. Dr. Hernan « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1928 », *AMPC* 1931 Tome XXIX, pp. 5 -131, p. 37.

165. *Ibid.*

Dans ces conditions, on peut admettre que l'étiologie, la nosologie et la nosographie des affections ainsi que l'entomologie médicale peuvent être grandement solidaires dès l'instant où cette dernière procède à l'identification de l'agent vecteur des germes pathogènes. En effet, « l'entomologie médicale définit les rapports qui existent entre les arthropodes et la santé de l'homme. Elle est donc du domaine de la médecine et de l'hygiène et du domaine de la zoologie »¹⁶⁶. L'entomologiste, sous ce rapport peut dispenser le médecin clinicien de diagnoses souvent fastidieuses.

En effet, l'entomologiste médical dans ses connaissances accessoires fait appel à des sciences connexes. Aussi, l'étude des vecteurs du paludisme, les anophèles requiert-elle la connaissance de plusieurs disciplines (zoologie, botanique, géologie, pédologie chimie, protozoologie, hydrologie, topographie)¹⁶⁷. C'est à la recherche scientifique, particulièrement à l'entomologie médicale, à partir de la deuxième moitié du XIXe siècle, qu'il revenait d'abord de mettre en évidence la transmission de graves pathologies par des insectes parasites avant de dévoiler, par la proclamation de la croisade contre ces minuscules espèces, les moyens de les combattre¹⁶⁸.

Trois étapes sont à distinguer dans la recherche entomologique coloniale. La première concerne la systématique des espèces incriminées, axée sur l'étude de leur morphologie, leur position dans la nomenclature zoologique, les stades de développement, la biologie (durée du cycle, nutrition, conditions de reproduction)¹⁶⁹. La deuxième étape est relative à l'étude des rapports entre

166. Holstein M, « L'entomologie médicale », *Bul. Méd. AOF*, 1949, No spécial .pp. 151 -155, p.151.

167. *Idem*, p. 153.

168. Missiroli A, « Le contrôle des insectes de la maison et de l'homme », *Médecine. Tropicale*, 1950, No 1, p. 5-25, p.5.

169. Holstein M, *op. cit*, p.153.

l'arthropode et le parasite qu'il héberge (moyens et voies d'infestation, identification du cycle du parasite, les conditions de son inoculation à l'homme ou à l'animal). Ce n'est qu'après que l'entomologie, enfin, s'atèle aux méthodes de lutte contre l'arthropode vecteur, les moyens et procédés pour son éradication ou, à défaut, son innocuité, les mesures nécessaires pour préserver l'homme ou l'animal de ses méfaits.

Le docteur J. Saint-Etienne estime que « l'un des progrès les plus remarquables de la médecine préventive...a été le perfectionnement des méthodes de lutte contre les insectes d'importance médicale... »¹⁷⁰. Si dans les colonies britanniques, le London School of Hygiene and Tropical Medicine constitue la référence, dans la fédération de l'AOF, la recherche scientifique coloniale en entomologie médicale a été impulsée par le Pr. Roubaud et complétée par l'Institut Pasteur et l'ORSTOM qui ont été les principaux laboratoires d'entomologie.

Le moustique, agent vecteur de la fièvre jaune et du paludisme figure parmi les préoccupations de l'entomologie médicale dans les colonies. Contre le frein à la mise en valeur¹⁷¹, la recherche coloniale s'est investie, dès le XIXe siècle aux fins de maîtriser, à défaut d'éradiquer la « grande pandémie coloniale »¹⁷². Après la seconde guerre mondiale, les recherches entomologiques et la lutte anti moustiques pour se protéger des maladies transmises et des méfaits de leurs piqûres s'orientèrent vers la limitation, voire l'éradication totale, l'attaque des stades aquatiques ou adulte.

170. Saint Etienne J, « Entomologie Médicale », *Médecine Tropicale* 1947, No 4, pp. 350-360, p.350.

171. Dr. Hernan « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1928, *AMPC* 1931 Tome XXIX , pp. 5 -131,p.37

172. *Ibid*

D'ailleurs, la lutte contre les moustiques est fortement recommandée par la Société de Pathologie Exotique, qui, dans sa séance du 11 mars 1925, préconise la mise en place de services de lutte antipaludique dans les colonies ainsi que des mesures anti larvaires (suppression des gîtes, destruction des larves) accompagnées de mesures antiparasitaires (distribution de quinine)¹⁷³. L'introduction de puissants insecticides tels le DDT, l'hexachlorure de benzène complètent les méthodes standard (treillage métallique, obturation, incinération)¹⁷⁴.

Dans la colonie du Sénégal, l'étude de l'affection qui « atteint Européens et indigènes et qui constitue un obstacle à la colonisation sous les tropiques »¹⁷⁵ figura au rang des priorités du Laboratoire Microbiologique de Saint Louis dès la fin du XIXe siècle. Les travaux du Dr. Marchoux, chef du laboratoire de Saint Louis s'inscrivent dans le même sillage que ceux du Dr. Laveran qui identifia le moustique en 1896, découverte cruciale qui fut confirmée par les recherches du Dr. Anglais R. Ross et du savant allemand R. Koch. Pour le Dr. Marchoux, l'agent vecteur est à rechercher dans les moustiques qui se multiplient dans les marais et eaux stagnantes et peuvent transmettre « à l'état de larves une maladie particulière appelée coccidiose du tube digestif... »¹⁷⁶. Selon Marchoux, « ce genre d'infection, commun chez les animaux qui vivent dans les eaux stagnantes, est causé par un petit être qui se développe dans les cellules de l'intestin et qui, au moment où la larve se transforme en insecte parfait, émigre vers les glandes salivaires après avoir produit un grand nombre de germes. Ceux-ci sont inoculés sous la peau par l'insecte suceur, en même temps que le venin secrété par les

173. Instruction pratique pour la lutte contre le paludisme (adoptée par la Société de Pathologie Exotique dans sa séance du 11 mars 1925), *AMPC* 1925 Tome XXIII, p. 344.

174. Saint Etienne J, *op. cit*, 360.

175. Dr. Marchoux, « Fonctionnement du laboratoire de microbiologie de Saint Louis (Sénégal) et note sur la dysenterie des pays chauds » *AHMC*, 1900, Tome III pp. 119- 131 Paris, I.N, p. 120.

176. *Idem*, p. 121.

glandes salivaires. Le germe trouve dans le sang humain un milieu propice à son existence ; il s'y développe et s'y multiplie. De 15 à 20 jours après cette inoculation, le nombre de parasites est assez grand pour provoquer un accès ou une série d'accès de fièvre »¹⁷⁷.

Contrairement à une idée répandue de l'époque, Marchoux reconnaît le caractère universel de la pandémie qui affecte aussi bien les Européens que les Africains. Dans les faits, estime Marchoux, « Les observations faites depuis trois années au Sénégal ont encore permis de reconnaître que les Européens sont loin d'être les seuls à payer un lourd tribut au paludisme... Les habitants du Sénégal et les Noirs sont, eux aussi, fortement et fréquemment atteints »¹⁷⁸.

La lutte anti palustre pour les autorités sanitaires repose sur la prophylaxie individuelle par la « quinisation préventive » ainsi que la « prophylaxie collective par la lutte anti anophélienne »¹⁷⁹. En effet, l'efficacité de la quinine n'est plus à démontrer d'après le constat de Marchoux, surtout qu'elle « agit spécialement sur l'organisme qu'elle empêche de pulluler... c'est ainsi qu'elle guérit les accès »¹⁸⁰ à condition de prolonger le traitement car « la quinine doit être administrée, non seulement dans le cours des accès de fièvre, mais encore quotidiennement durant les 15 jours qui suivent »¹⁸¹.

La Commission du Paludisme de la Société des Nations (SDN), rejoint les suggestions de Marchoux une trentaine d'années plus tard lorsque, dans sa

177. *Ibid.*

178. *Idem*, p. 122.

179. Dr. Lefèvre, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1930 », *AMPC* 1932.

180. Dr. Marchoux, « Fonctionnement du laboratoire de microbiologie de Saint Louis (Sénégal) et note sur la dysenterie des pays chauds », *AHMC* 1900, Tome III pp. 119- 131 Paris, I.N, p. 121.

181. *Ibid.*

réunion du 20 au 21 mai 1930 à Alger, elle recommande l'utilisation dans le traitement du paludisme des « quinetums », de tous les alcaloïdes de l'écorce de quinquina, soit séparément, soit sous forme de mélange d'alcaloïdes totaux¹⁸².

Les mélanges d'alcaloïdes furent mis au point par la recherche de savants allemands avec la plasmochine qui n'est pas un dérivé de la quinine mais de la quinoléine préparée synthétiquement.

Après la seconde guerre mondiale, la quinine, après un siècle de loyaux services, cède le pas aux antipaludiques de synthèse, médicaments industriels utilisés dans la chimiothérapie du paludisme¹⁸³ et qui eurent une heureuse influence sur la morbidité et la mortalité palustres. Dans les faits, s'agissant de la chimiothérapie du paludisme, la quinine a montré ses limites face aux rechutes et à la fièvre tierce bénigne. S'y ajoute son coût dissuasif comparé aux synthétiques. Le Dr. Pille évalue, entre les synthétiques et la quinine, un écart de 100 millions de francs pour la protection de 125 millions de personnes¹⁸⁴.

Il est permis de penser que le contexte international, avec le second conflit mondial, a lourdement pesé dans l'avancée de la chimiothérapie du paludisme. En vérité, la conflagration internationale, l'insécurité des océans, la précarité du ravitaillement en écorces de la quinine d'Indonésie qui assure 90% de la production mondiale, la mise à rude épreuve par l'affection palustre des opérations militaires en milieu tropical créèrent les conditions de l'essor des antipaludiques de synthèse. Ainsi, au blocage des 90% des sources de quinine, s'ajoutent les ravages de la malaria au sein des troupes alliées, notamment

182. Dr. Peltier, « Rapport sur les questions étudiées par la Commission du Paludisme de la Société des Nations réunie à Alger du 20 au 21 mai 1930 », pp 171 – 178, *AMPC* 1931, Tome XXIX, p. 74.

183. Pille G, « Considérations pharmacologiques sur les antipaludiques de synthèse », *Médecine Tropicale*, 1952, No 6, pp. 707-712, p. 707.

184. *Idem*, p. 708.

américaines engagées dans la bataille du Pacifique. En Birmanie, le paludisme fait 10 fois plus d'indisponibles que les pertes au combat. La recherche intensive menée à grande échelle aux USA où 15000 substances sont expérimentées sur la malaria aviaire et sur l'homme¹⁸⁵ sauve les soldats américains de la déroute et de la catastrophe grâce à la quinacrine. La recherche américaine aboutit à la mise en évidence de l'intérêt des 4 - amino – quinoléines et des 8 - amino – quinoléines consignée dans le rapport de Wiselogle.

Dans les colonies françaises d'Afrique noire (Cameroun, Togo, Haute Volta, Sénégal, Dahomey) les campagnes antipaludiques, entamées à partir de 1953 sont basées sur la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent (DDT, HCM) à l'intérieur des habitations. Le secteur de Thiès fut choisi comme zone pilote avec l'érection du Service de Lutte Anti Paludique (SLAP). Après quelques années, les premiers résultats furent mitigés. Deux facteurs, selon le Dr. P.M Bernard peuvent expliquer ces limites¹⁸⁶.

Le premier est à rechercher au niveau de certaines coutumes liées au fait que beaucoup d'Africains passent la nuit dehors du fait de la chaleur ou pour surveiller leurs cultures sans compter les distractions nocturnes. De sorte que « le pourcentage des vecteurs qui ont la faculté de piquer l'homme sans rencontrer un insecticide sur leur chemin est suffisamment élevé »¹⁸⁷.

Le second facteur incriminé par P.M. Bernard réside dans la circonscription de la lutte dans des espaces réduits à l'image du secteur de Thiès. De sorte que les

185. Pille G, *op. cit.* p. 713

186. Bernard P.M, « Le paludisme, problème de santé publique », *BM AOF*, 1957, No 2, pp. 224-228, p.226.

187. *Ibid.*

résultats « des zones pilotes, souvent très petites, sont faussés par les apports extérieurs »¹⁸⁸.

b) Le paludisme et l'enfant

La population infantile est mise à rude épreuve par l'infection palustre qui joue un rôle déterminant dans la mortalité infantile du premier âge.

Le corps médical s'accorde sur les ravages de l'infection paludéenne au sein de la population infantile. « L'infection paludéenne, aux dires du médecin A. Sice, par l'étendue et la gravité de ses atteintes, est, en Afrique, la cause la plus importante peut-être de mortalité infantile »¹⁸⁹. En vérité, contrairement à une idée répandue à l'époque considérant les Noirs comme immunisés et épargnés de la malaria, « la mortalité par fièvre paludéenne est chez les enfants noirs, beaucoup plus considérable qu'on ne le pense, ainsi qu'ont permis de le constater les examens microscopiques pratiqués sur le sang d'un certain nombre de malades »¹⁹⁰.

Ces propos de Marchoux sont du reste partagés par le Dr A. Kermorgan qui, tout de même reconnaît la fréquence, chez les enfants des cas de splénomégalie et de cachexie occasionnés par l'endémie palustre¹⁹¹. Les conséquences de celle-ci sont d'autant plus dramatiques que « les enfants, amenés trop tard au dispensaire sont souvent la proie d'accès pernicieux »¹⁹² qui, la plupart du temps, se singularisent par des crises d'hystérie ou d'épilepsie.

188. *Ibid.*

189. Sice A, « Rôle social du médecin colonial en Afrique française », *Médecine Tropicale*, No 3, 1944, pp 185-193, p. 190.

190. Dr. Marchoux, « Fonctionnement du laboratoire de microbiologie de Saint Louis (Sénégal) et note sur la dysenterie des pays chauds », *AHMC*, 1900, Tome III pp. 119- 131 Paris, I.N, p. 122.

191. Dr A. Kermorgan, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1905 », *AHMC*, 1907, Tome XX pp. 285-312 Paris, I.NP, p. 307.

192. Médecin-Colonel Grosfillez, *op. cit.*

Dans les faits, la forme épileptoïde fréquente dans l'épidémie de malaria est « la règle chez les jeunes enfants »¹⁹³. Ainsi, les enfants sont particulièrement affectés par l'endémie palustre qui figurait au premier rang des causes de morbidité et de mortalité infantiles. En 1914, 61,3 % des enfants sont touchés par l'affection palustre à Gorée, et 75 % en Casamance.

En 1945, le paludisme représentait 20 % des décès annuels à Dakar. Une enquête menée à Dakar en période endémique (octobre –novembre 1943) auprès de 400 enfants de 0 à 15 ans de la zone du Champ de Course (près de la Médina) indique que la capitale fédérale, hormis le quartier européen, représente une région de forte endémicité palustre¹⁹⁴. Plus de la moitié des enfants (262) étaient parasités comme du reste l'illustrent les résultats. L'index hématologique, de 91,8% pour les enfants de 0 à 5 ans, s'élevait à 87,9% de 5 à 10 ans et à 82,7% de 10 à 15 ans.

Quant à l'index plasmodique, il évolue aussi en fonction de l'âge : 95,3% de 0 à 5 ans, 87,5% de 5 à 10 ans et 82,7 % de 10 à 15 ans. L'index splénique suit une évolution inverse avec 45,9% de 0 à 5 ans, 56,7% de 5 à 10 ans et 82,7 % de 10 à 15 ans. La sérologie incrimine trois variétés d'anophèles avec des taux fort variables : plasmodium praecox (82,4%), plasmodium malariae (15,4%) et plasmodium vivax (2,2%). Ce que les statistiques donnent à lire comme leçon peut se résumer en ceci : la corrélation entre l'âge et le degré d'affection palustre, les plus jeunes constituant la cible privilégiée.

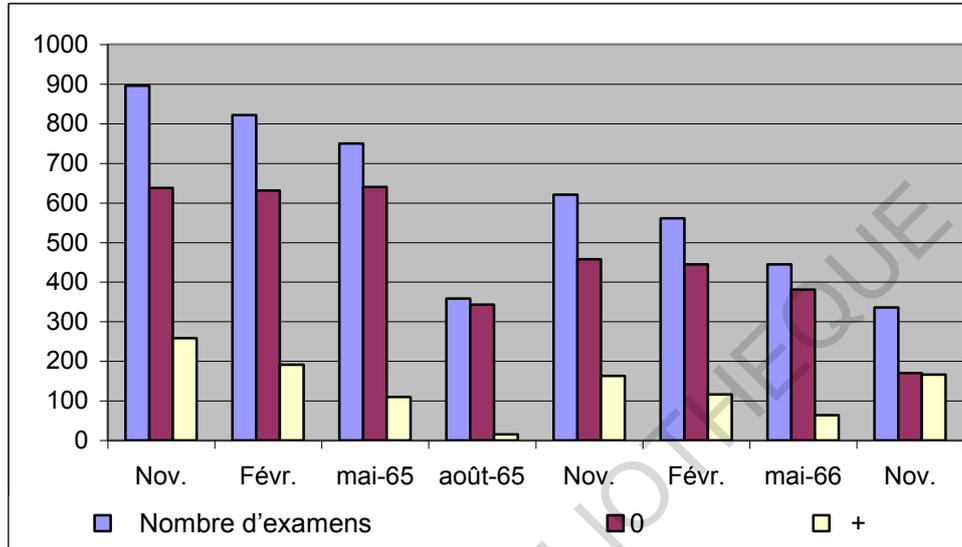
En milieu rural, les mêmes tendances se dégagent. En témoignent ces enquêtes menées entre 1964 et 1966 dans deux villages de la zone de Khombole : Mbourouaye et Piroumdary. En effet, les études constituent des indicateurs du degré d'infestation palustre chez les enfants de 0 à 12 ans en même temps qu'ils

193. Dr. E. Devaux, « Contribution à l'étude des accès perniciose palustres » pp 326-328, *AHMC* 1898, Tome I Paris, I.N, p. 328.

194. Robin C, Brochen L, « Le paludisme à Dakar », *Médecine Tropicale* 1946, No 1, pp. 52-62, p.53.

permettent d'apprécier, en fonction de l'âge et des variations saisonnières, le retentissement hématologique du paludisme chez l'enfant¹⁹⁵.

Graphique 14 : Indicateurs du paludisme à Mbourouaye et à Piroumndary de 1964 à 1966



Source : Larivière M, Diallo S, Raybaud N, Villod M. Th, Diagne S, « Infestation palustre des enfants de deux villages de zone rurale sahélo-saharienne au Sénégal ». *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, CIE, Réunions et Conférences XIV, Institut de Pédiatrie Sociale. Dakar, février 1967.

Sur 4789 examens hématologiques effectués dans les deux villages, le *Plasmodium Falciparum* émerge du lot des hématozoaires rencontrés (944 fois) devant le *Plasmodium Malariae* (75 fois) alors que l'association *Plasmodium Falciparum* + *Plasmodium Malariae* fut identifiée 61 fois. A Mbourouaye, le degré d'infestation, élevé, incrimine le *Plasmodium Falciparum* (675 fois), le *Plasmodium Malariae* (38), le *Plasmodium Ovale* (3) et l'association *Plasmodium Falciparum* + *Plasmodium Malariae* (36)¹⁹⁶.

195. Larivière M, Diallo S, Raybaud N, Villod M. Th, Diagne S, « Infestation palustre des enfants de deux villages de zone rurale sahélo-saharienne au Sénégal ». *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, CIE, Réunions et Conférences XIV, Institut de Pédiatrie Sociale. Dakar, février 1967, pp. 159-165, p159-160.

196. *Idem*, p.160

Dans les faits, l'accès palustre, appelé « sibiru » en wolof (sibir veut dire revenir après demain) est une maladie fréquente, compte tenu de sa récurrence. Le paludisme trouve un terrain favorable dans la colonie eu égard à la rigueur du climat (chaleur, humidité) et les précipitations durant l'hivernage favorisant, dans ce contexte, la pullulation des moustiques.

La santé infantile est mise à rude épreuve par l'affection palustre du fait des troubles digestifs générateurs de déshydratation, des risques d'encéphalopathie et de crises convulsives ainsi que la malnutrition qu'elle accentue. En fait, le rôle du paludisme dans l'apparition des signes de malnutrition est évident. Une étude réalisée en 1952 par le docteur Bergouniou dans la presqu'île du Cap-Vert auprès de 662 enfants laisse apparaître des anémies cliniques dans une zone d'endémicité palustre avec de gros foies associées à des signes cliniques de kwashiorkor et souvent de grosses rates paludéennes.

Tableau 29: Rôle du paludisme dans l'apparition de signes de malnutrition

Villages	Fièvre paludéenne (non confirmée)	Gros foies avec rates		Grosses rates		Observations
		(1)	(2)	(1)	(2)	
Mbao	5	0	1	0	0	(1) avec chéilites, cheveux roux
Thiaroye	5	1	0	1	0	sans oedème
Ngor	0	0	0	0	0	
Hann	0	1	2	0	0	(2) sans signes surajoutés
Keur Massar	0	0	5	0	0	
Malika	0	0	0	1	5	(3) avec Chéilites ou cheveux roux
Ouakam	1	1	0	3	0	
Cambéréne	0	1	0	0	0	
Yoff	0	0	0	2	2	(4) sans signes
Total	1	4	8	7	7	surajoutés

Source : J. L Bergouniou « Malnutritions et sous nutritions observées chez les jeunes enfants de la presqu'île du Cap Vert en dehors de Dakar » Communication du Médecin Commandant JL Bergouniou à la conférence de FAJARA (19 novembre – 2 décembre 1952).

Les villages lébous se caractérisent par un paradoxe, en l'occurrence la persistance du kwashiorkor (16,9 % à Mbao, 6,8 % à Ouakam, 3 % à Ngor, 2,1 %) malgré leur régime riche en protéines (poisson) pourtant réputé protecteur contre cette maladie de carence. Un autre facteur viendrait-il s'ajouter à la cause

alimentaire ? Tout porte à le croire. Surtout que l'apparition des signes de malnutrition reste liée au paludisme et aux excès fébriles répétés qui tiennent un rôle important. L'importance des signes de malnutrition présentés par les villages de Mbao et Thiaroye contrairement aux autres s'explique par la persistance du paludisme, dans le site marécageux occupé par ces deux villages réputés zones d'endémies palustres.

A l'échelle du pays, le paludisme sévit de manière endémo-épidémique. La carte épidémiologique élaborée en 1959 par la CINAM met en relief la gravité de l'endémie palustre avec un indice plasmocytaire de 51,6 % au niveau national. Excepté les zones de Thiès, Diourbel et Louga bénéficiant des effets du secteur anti-palustre de Thiès, le taux est partout supérieur à 40 %. L'enquête estimait en 1959 à plus d'un million d'impaludés au Sénégal et entre 450 000 à 550 000 enfants infestés.

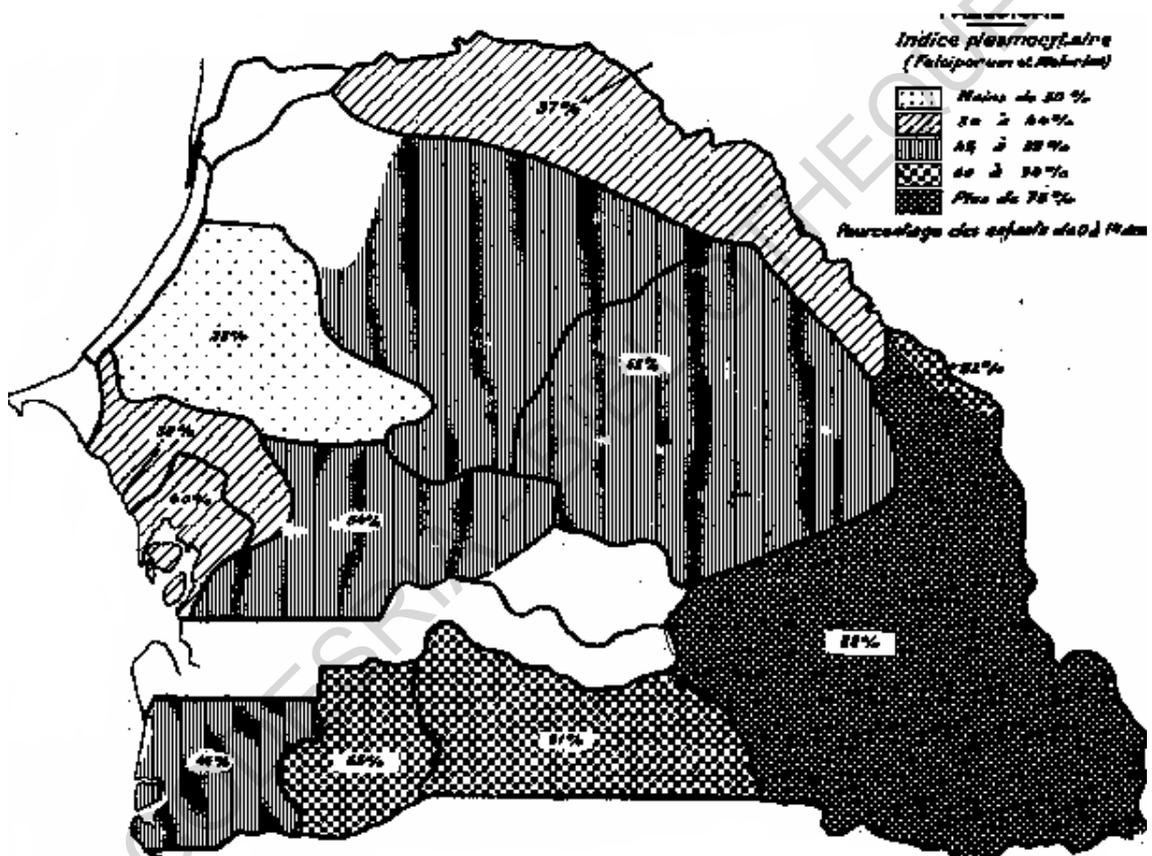
La distribution de l'infection et son intensité connaissent des variations saisonnières et géographiques. Les niveaux alimentaires, superposables aux niveaux de santé diminuent corrélativement à la progression des indices plasmocytaires du paludisme de Dakar à la périphérie du pays, notamment le Sénégal Oriental¹⁹⁷.

197. CINAM 1960.

Carte 5 : Paludisme (indice plasmocytaire) au Sénégal en 1959

ENQUETE SANTE
CINAM-ORANA 1959-

PALUDISME
Indice plasmocytaire

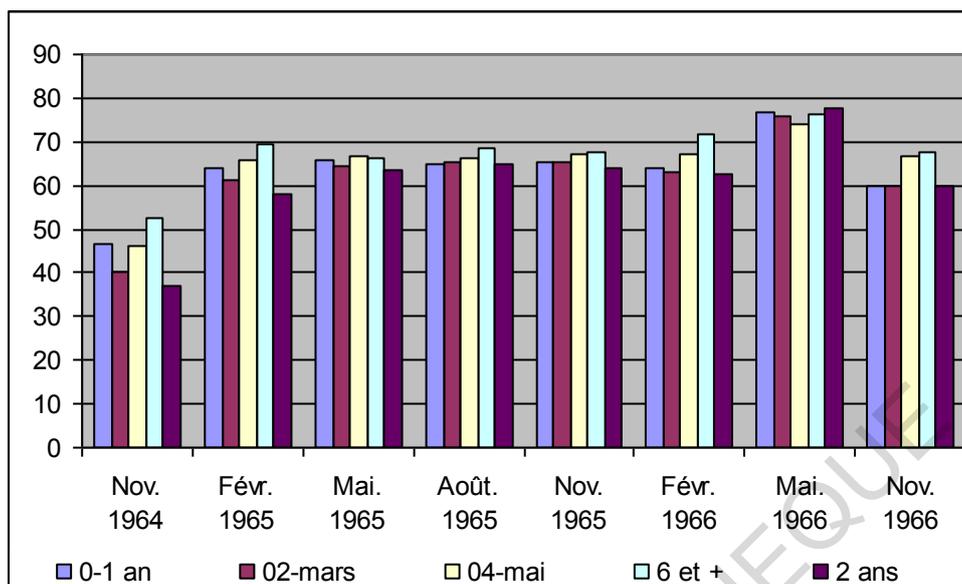


Ce que la carte donne à lire peut se résumer en ceci : la progression croissante de l'endémie du Nord au Sud et d'Ouest en Est. Le sens de la progression s'explique par des facteurs climatiques et sanitaires. Au Sénégal Oriental, l'endémie est particulièrement virulente avec 89 % des enfants impaludés nonobstant la période de sondage (février, mars) où elle est en nette régression. En Casamance, le taux, de 62 %, est supérieur à la moyenne nationale. Dans la zone de Bakel et dans la zone sylvo-pastorale, les taux s'élèvent respectivement à 56 % et 48 % contre 40 à 50 % dans la zone arachidière. La situation, aggravée par l'existence de foyers de *plasmodium malariae* coexistant avec le *plasmodium falciparum*, met à rude épreuve la santé infantile : 90 à 100 % des enfants sont affectés entre un et deux ans. La conjonction du paludisme et d'autres infections intrinsèques se manifeste par des accès pernicioeux et un taux de mortalité élevé dans la zone.

Les taux de morbidité et de mortalité palustres évoluent parallèlement avec l'âge des enfants, les maxima étant enregistrés entre un et trois ans. Dans le Ferlo, ces taux varient entre 60 à 80 % à 1 an contre 65 % en Basse Casamance. Au Sénégal Oriental, 99 % des enfants âgés d'un an et 100 % de 2 ans sont infectés. Une étude menée entre 1964 et 1966 dans un village de la zone de Khombole -Mbourouaye, apprécie à sa juste valeur les variations saisonnières du paludisme en fonction de l'âge, particulièrement le retentissement hématologique du paludisme dans le groupe des enfants de 2 ans¹⁹⁸.

198. Larivière M, Diallo S, Raybaud N, Villod M. Th, Diagne S, *op cit*, p 161.

Graphique 15 : Taux d'hémoglobine par groupes d'âge à Mbourouaye

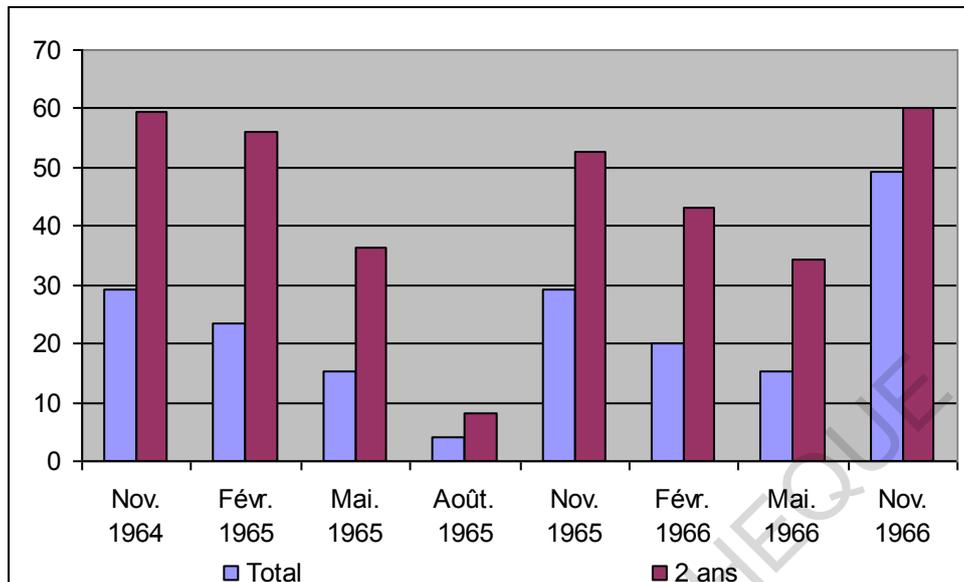


Source: Larivière M, Diallo S, Raybaud N, Villod M. Th, Diagne S, op. cit

L'analyse des données de l'infestation palustre et du taux d'hémoglobine indique des variations de l'infestation palustre selon l'âge ainsi qu'une corrélation entre la variation du taux d'hémoglobine et du paludisme. Hors de doute, le rôle de l'infestation palustre dans le taux d'hémoglobine est indéniable. Les enfants de 2 ans sont les plus affectés ; ainsi en novembre 1964, est enregistré le taux d'hémoglobine le plus élevé comparé aux autres groupes d'âge. Le relèvement du taux d'hémoglobine noté entre 1964 et 1966 résulte des campagnes de chloroquinisation entreprises par le Centre de Santé Rurale de Khombole conjointement avec l'Institut de Pédiatrie Sociale auxquelles s'ajoute une éducation sanitaire et nutritionnelle qui commence à dévoiler ses résultats.

Un coup d'œil sur les pourcentages de gouttes épaisses aboutit aux mêmes conclusions. Le groupe d'âge de 2 et 3 ans représente la cible privilégiée de l'infestation palustre avec un maximum d'infestation observée en novembre 1964 (46,1%).

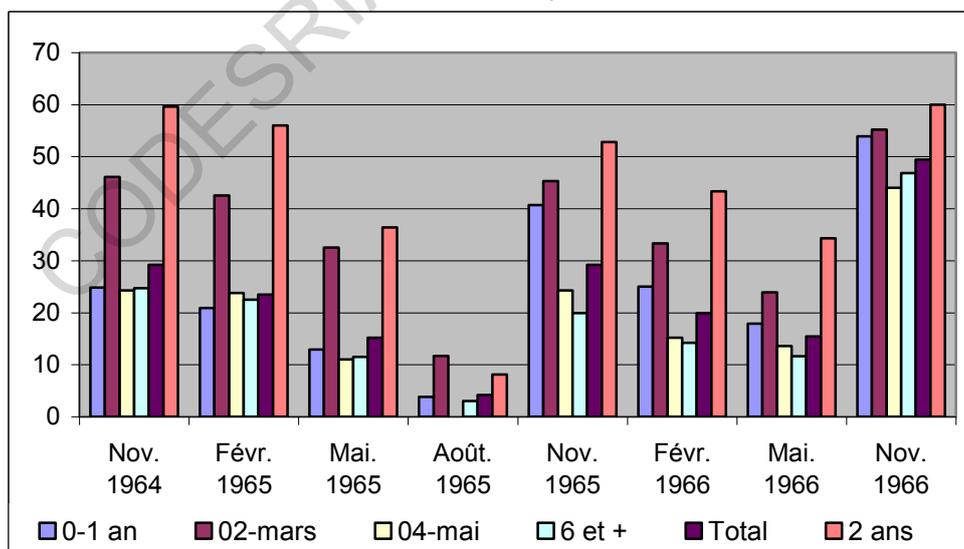
Graphique 16 : Taux de gouttes épaisses positives par groupes d'âge à Mbourouaye



Source: Larivière M, Diallo S, Raybaud N, Villod M. Th, Diagne S, op. cit

L'affection palustre revêt un caractère cyclique saisonnier qui marque son acmé pendant la fin de l'hivernage (de septembre à décembre) comme du reste l'illustre cette enquête menée à Mbourouaye, village situé aux environs de Khombole.

Graphique 17 : Variations saisonnières du paludisme par groupes d'âge à Mbourouaye



Source: Larivière M, Diallo S, Raybaud N, Villod M. Th, Diagne S, op. cit.

A Mbourouaye, l'analyse des pourcentages de gouttes épaisses positives signale des variations saisonnières avec des pics en novembre où l'intensité de l'infestation atteint son maximum alors que le creux de la vague est atteint au mois d'août. La densité parasitaire maximale mise en évidence en novembre découle, à n'en pas douter, de la période, au décours de l'hivernage, marquée par un pullulement de la faune anophélienne et, par ricochet, le niveau de transmission maximale.

La phase maximale du cycle de l'endémie palustre est atteinte au cours et au décours de l'hivernage qui coïncide avec la prolifération de son vecteur (l'anophèle) et les restrictions alimentaires imposées par la soudure qui soumettent les enfants à un état de moindre résistance. Aux dires des autorités sanitaires, c'est durant cette période que « les affections les plus graves ont été particulièrement fréquentes chez l'enfant indigène habituellement mal défendu contre les variations de température »¹⁹⁹. Ainsi, à Dakar en 1943, la mortalité fluctue comme la mortalité générale. Elle descend à son taux le plus bas vers les mois d'avril, mai, juin avec respectivement 40 ‰, 41‰ et 44 ‰ avant de monter en flèche dès les mois d'octobre (96 ‰ en 1942) et novembre (125 ‰ en 1943)²⁰⁰.

Après l'indépendance, le problème resta entier, du fait, entre autres facteurs, de la circonscription de la lutte antipaludique limitée surtout en milieu urbain et dans le centre d'éradication de Thiès avec le Service de Lutte Anti paludique (SLAP). En vérité, à l'orée des années 1960, le paludisme demeure un problème de santé publique majeur pour les autorités sanitaires du nouvel Etat

199. Anonyme, « Renseignements épidémiologiques. Maladies endémo-épidémiques », *Médecine Tropicale* 1941, No 6, p. 675.

200. ANS1H102(163), Médecin commandant A. Grail, *La mortalité infantile dans la Circonscription de Dakar et Dépendances*, ANS 1943.

sénégalais. En 1962, l'enquête paludologique menée dans l'arrondissement de Diakhao indique que 80 à 95 % des enfants sont porteurs d'indices palustres élevés²⁰¹.

Une décennie plus tard, en 1972, selon le IVe Plan de développement, 82 % des populations évoluent dans des zones d'holo ou d'hyper endémicité.

Dans la vallée du Fleuve, le développement du réseau hydrographique suivi de modifications écologiques notoires est en relation avec la recrudescence des maladies de l'eau. Aussi assiste-t-on à une intensification des épidémies depuis l'installation des barrages dans l'île à Morphil où le paludisme reste la première cause de morbidité et de mortalité.

Plusieurs facteurs aggravent l'infection palustre. D'abord l'inexistence de signes particuliers pouvant distinguer le paludisme des autres affections présentant les mêmes aspects fébriles (grippe, méningite, gastro-entérite fébrile etc.). De sorte que « rien ne ressemble plus au paludisme que ce qui n'est pas le paludisme ». Ainsi, les difficultés de dépistage du paludisme sont intensifiées par la complexité des symptômes. Aux dires du docteur Sice, « nulle maladie n'est plus difficile, en effet, à dépister que le paludisme de la première enfance noire. La mère, ignorante de ses manifestations si complexes et si variées, parvient à peine à constater que le corps de l'enfant est brûlant ; l'agitation de ses nuits, ses insomnies, la perte de l'appétit, bref, l'ensemble des symptômes qui donnent l'alarme..., n'arrivent que rarement à l'inquiéter »²⁰². S'y ajoute la banalisation

201. Allocution de Ly A, Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sénégal, Exposé *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique, CIE, Réunions et Conférences XIV, Institut de Pédiatrie Sociale. Dakar, février 1967*, p. 11.

202. Sice A, « Rôle social du médecin colonial en Afrique française », *Médecine Tropicale*, No 3, 1944, pp 185-193, p. 190.

du paludisme par une population indifférente²⁰³, toujours résignée à l'égard de la vieille maladie.

Quant aux formes cérébrales du paludisme (*plasmodium proeox*), elles sont, autour des années 1946, selon le Dr. Bergeret, d'une grande fréquence chez l'enfant noir²⁰⁴. La forme pernicieuse cérébrale se manifeste par des accès fébriles, une crise convulsive tonico-clonique, « un syndrome méningé, une hypertonie des membres et du tronc et fréquemment de la déviation conjuguée de la tête et des globes oculaires »²⁰⁵ qui, le plus souvent, dégénère vers le coma gravatif. S'il est admis que cette forme cérébrale du paludisme à *plasmodium proeox* survient, dans la plupart des cas, « chez les enfants dont l'infestation est relativement ancienne et chez lesquels existe une splénomégalie cliniquement décelable »²⁰⁶, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle est décelable lors du paludisme de première invasion chez de jeunes nourrissons exempts de stigmate viscéral et/ou de splénomégalie²⁰⁷. A l'orée des années 1960, des études menées dans la région dakaroise confortent les mêmes tendances²⁰⁸.

203 *Idem.*

204. Bergeret C, « Notes sur les formes cérébrales du paludisme de l'enfant », *Bul Méd. AOF*, Tome V, Fasc. 2 1948, pp 281-283, p. 281.

Bergeret C, « Les convulsions infantiles en milieu indigènes », *BM AOF* 1946, TIII, Fasc. 1-3, pp.253-256.

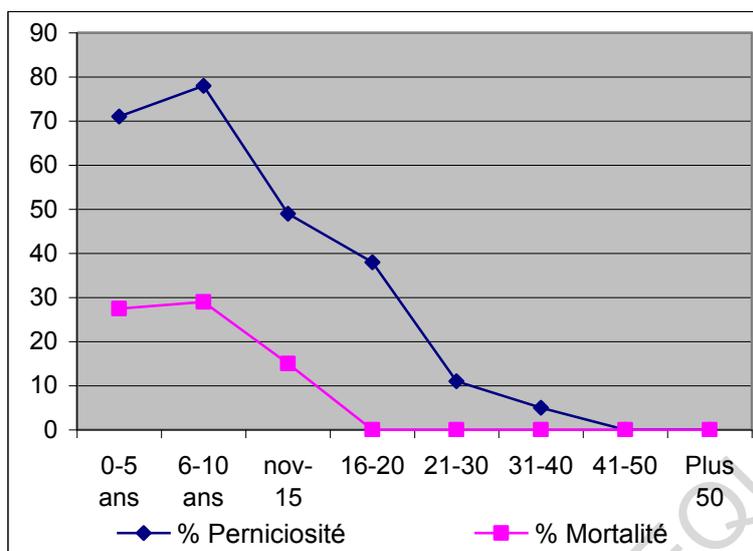
205. *Idem.*

206. *Idem*, p.282.

207. *Idem*, p.283

208. Armengaud M, Louvain M, Diop-Mar I, « Etude portant sur 448 cas de paludisme chez l'Africain de la région dakaroise », *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française*, Vol. VII, 2e trimestre 1962, No 2, pp.167-188.

Graphique 18 : Perniciosité et mortalité en fonction de l'âge dans le paludisme isolé



Source : Armengaud M, Louvain M, Diop-Mar I, « Etude portant sur 448 cas de paludisme chez l'Africain de la région dakaroise », *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française*, Vol. VII, 2^e trimestre 1962, No 2, pp.167-188

Les pourcentages de perniciosité et de mortalité sont particulièrement élevés au sein des tranches d'âge de 0-5 ans et 6-10 ans avec respectivement 71% et 27,5% d'une part et, d'autre part 78 % et 29 %. Sur les 448 cas de paludisme observés, on dénombre 287 accès simples et 161 pernicioseux dont 50 malades décédés.

Il apparaît, à l'analyse, que l'âge intervient dans la gravité du paludisme : le maximum est atteint avec les enfants de 3 à 8 ans.

Les mêmes observations dans les cas de perniciosité faites par Bergeret sont notées par les médecins Armengaud M, Louvain M, et Diop-Mar I en 1960-1962 : encéphalite fébrile aigüe, splénomégalie, troubles neuropsychiques, anémie. Aussi, ces syndromes du neuropaludisme ou accès pernicioseux,

caractérisé par des convulsions, la fixité permanente du regard, le coma²⁰⁹ sont-ils interprétés, dans l'imaginaire collectif comme une manifestation des mauvais esprits, les puissances maléfiques incarnées par les sorciers. Souvent la fin de l'hivernage qui coïncide avec l'intensité maximale de l'infection palustre était rythmée d'accusations et de procès de sorcellerie. D'ailleurs certains villages, dès le mois de septembre étaient désertés par les jeunes dont la force vitale, dans le registre de l'imaginaire collectif, représentait la cible privilégiée des sorciers et des mauvais esprits. Le recours aux guérisseurs, la substitution du sacré et du surnaturel à un problème biomédical et à une affection clinique (infection palustre) ouvrent la voie à toutes sortes de dérives et, du coup, accentue la mortalité palustre, notamment dans la population infantile.

L'infection palustre est plus intense en milieu rural du fait des inégalités dans les conditions socio-économiques et sanitaires qui, en réalité, impliquent un état et un niveau de santé dissemblables entre les zones urbaines et rurales²¹⁰.

Les programmes d'assainissement, l'utilisation d'insecticides à effet rémanent limités aux centres urbains eurent des effets indéniables sur le recul de l'infection palustre grâce à une diminution sensible de la faune anophélienne et, du coup, entraînent des taux de morbidité différentielle importants.

Cependant ces tendances sont remises en cause au regard à la recrudescence palustre en milieu urbain imputable à un certain relâchement dans les mesures de prévention et aux conditions d'hygiène de plus en plus désastreuses.

209. Bergeret C, « Notes sur les formes cérébrales du paludisme de l'enfant », *Bul Méd. AOF*, Tome V, Fasc. 2 1948, pp 281-283.

210. Baylet (R), Benyoussef (P), Cantrelle (P), 1972, op cit, p 325.

2. Les parasitoses intestinales

Avant l'établissement de l'étiologie des parasitoses intestinales en AOF, des observations liées aux verminoses intestinales furent effectuées chez les Noirs d'Amérique d'origine africaine par le père Labat en 1724 et Dutertre²¹¹, Bajon en 1777 et Segond en 1831²¹². Labat et Dutertre ont procédé à la description précise des verminoses intestinales, singulièrement l'ankylostomiase qui décimait les enfants noirs d'Amérique²¹³. Dès cette époque, l'agent « *Nector americanus* » fut identifié comme responsable de l'ankylostomiase²¹⁴.

En AOF, c'est à partir de 1910 que débute la recherche de l'infestation intestinale par l'examen microscopique²¹⁵. En 1913, sur 59 Africains venus se consulter pour d'autres maladies, le médecin C. Bourret identifia deux ankylostomés (3,8 %) atteints par l'agent vecteur « ankylostomu duodenale »²¹⁶. Toutefois, dès 1919 les docteurs André Leger et Laveau signalent des erreurs notées dans les diagnostics du fait d'une confusion entre les cachexies et le bérubéri. En 1922, à l'Institut de Biologie de l'AOF, M. Leger examine avec ses collaborateurs une fréquence du parasitisme intestinal dans la population africaine, notamment l'ankylostomiase avec, « chez les indigènes à fèces normales, [un] pourcentage... de 50,4 % d'ankylostomés »²¹⁷.

Les statistiques sanitaires attestent, à suffisance, de la forte prévalence des parasitoses intestinales dans la colonie. Dr. Duclaux, du fait de la fréquence

211. Lapeyssonie, *Médecine coloniale. Mythes et réalités*. Seghers, 1987, p.23.

212. Dr. Marcel Leger, « L'ankylostomiase dans les colonies françaises » AMPC 1925 Tome XXIII pp. 81-101, p.85

213. Lapeyssonie, op.cit., p.23.

214. *Ibid.*

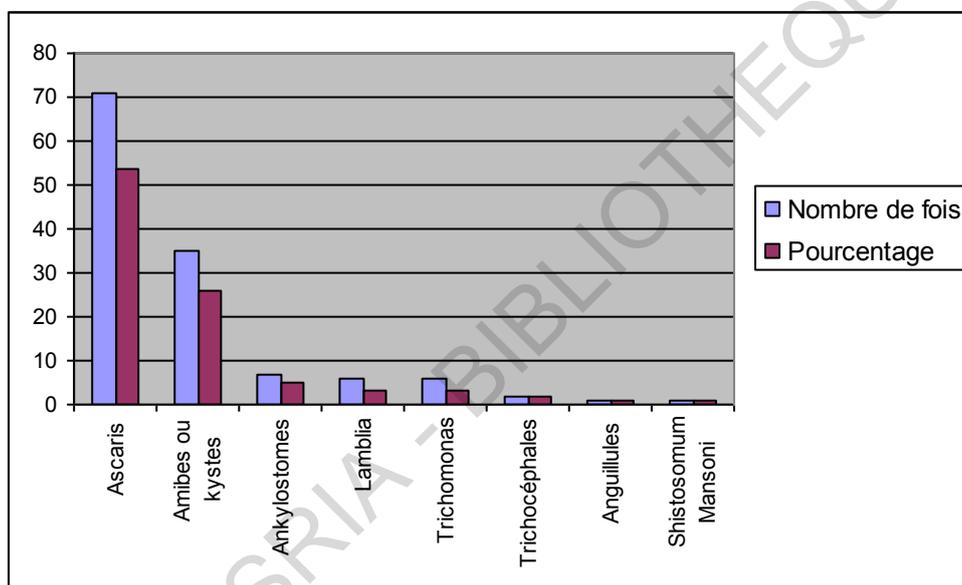
215. *Idem*, p.86

216. *Idem*, p.87

217. *Idem*, p. 101.

de l'infestation parasitaire l'a classée parmi les maladies sociales compte tenu de la diminution de la capacité de travail.²¹⁸. Les rapports sanitaires n'ont cessé, depuis, de mentionner la fréquence dans les milieux indigènes du parasitisme intestinal : ankylostomiase, helminthiase, ascariidose, anguillulose, etc. En AOF, en 1929, 6635 cas furent traités dans les formations sanitaires et 1591 cas au dehors²¹⁹. Au Sénégal, 291 examens de selles effectués au Laboratoire de Saint Louis en 1929 ont donné les résultats positifs suivants

Graphique 19 : Fréquence de parasitoses dans les examens de selles en 1929



Source : Médecin – Colonel Marque « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1931 AMPC 1933 Tome XXXI

218. *Ibid.*

219. Médecin – Colonel Marque « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1931 AMPC 1933 Tome XXXI, pp. 123 – 322, p 218

A la Polyclinique Roume²²⁰, sur 2620 examens de selles effectués en 1936, ont été rencontrés : ankylostomes (316 fois), ascaris (226 fois), trichocéphales (80 fois), oxyures (17 fois), anguillules (9 fois), divers (51). Les consultations pour cas de parasitose intestinale étaient chiffrées, en 1934, à 8206 consultants (surtout ascaris, ankylostomes) au Sénégal contre 78 (surtout ankylostomiase) pour Dakar²²¹.

La transmission des maladies parasitaires chez l'enfant demeure liée aux conditions écologiques et au milieu physique. Une étude réalisée par le docteur Raoult en 1956 estime à 100 % le taux de prévalence des parasitoses intestinales. Le contact permanent de l'enfant avec la terre, la géophagie, les dysfonctionnements et déséquilibres des régimes alimentaires impliquent une « colonisation » parasitaire précoce et massive du fait d'une fréquence des infestations par les vers intestinaux.

Les statistiques élaborées par les autorités médicales montrent une prévalence du polymorphisme parasitaire dans toutes les zones du Sénégal en liaison avec l'importance des souillures et de la contamination de l'eau.

220. Dr. Le Rouzic et Dr Vogel «Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1936 », *AMPC* 1938 Tome XXXVI, pp. 352 -520 Paris, I.N pp. 486 487

221. Dr G. Le Dentu, Dr. Peltier « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1934 », *AMPC* 1936, p. 612

Tableau 30 : Parasitoses (1959)

Zones	Enquête Sénégal 1959 – 1960		Rapports médicaux AMA 1958	
	Positifs	Parasites dominantes (1)	Positifs	Parasites dominantes
Ferlo	7/10	Bilharzies et ténias Ankylostomes		
Basse Casamance	6,5/10	1/ Ankylostomes Ascaris 2/ Ténias et Bilharzies Amibes = 22 % des enfants examinés	43,5 %	1/ Ankylostomes 29,4 % 2/ Amibes 3/ Ascaris et Ténias
Moyenne Casamance	5/10	1/ Ascaris 2/ Ankylostomes	48,8 %	1/Ascaris et Bilharzies 2/ Ténias 3/ Ankylostomes & Amibes
Haute Casamance	5,8/10	Amibes, ascaris Ankylostomes Ténias (+ Bilharziose urinaire)	36 %	1/Bilharzies = 50 % des positifs 2/Ankylostomes Amibes 3/Ténias (en tête à Vélingara) 4/ Ascaris
Zone arachide, wolof nord		Bilharziose urinaire (hématuries)	38 %	Ascaris 16 % Amibes 11,3% Ankylostomes & Ténias = 4,8 %
Zone arachide, wolof sud	5,7/10	Bilharzies 16 % Amibes et ascaris, ténias		
Zone arachide, sérère	6/10	Ascaris 14 % Amibes 13 % Ankylostomes 6 % Bilharzies urinaires Ténias 2 %	40 à 80 %	Ascaris 29,4 % Bilharzies Amibes et Ankylostomes
Zone sérère Rizicole	5/10	Bilharzies + Ankylostomes & Amibes Ténias		Bilharzioses (voir carte 39)
Sénégal Oriental	8/10	Ankylostomes 40 % Ascaris 20 % Ténias 15 % Amibes Bilharzies urinaires ++		
Sarakolés du Fleuve		Ascaris ++ Ténias Ankylostomes		Haut fleuve : Amibes ++ Ascaris, Bilharzies et Ténias, cliniquement fréquents
Cap-Vert			40 %	
Ensemble du Sénégal	60 %	Amibes 13,5 % Ankylostomes 11 % Ascaris 11 % Ténias 4,5 % Bilharzies intestinales 5% Oxyures, anguillules et flagellés 15 %		

(1) Par ordre de fréquence décroissant

Source : CINAM 1959.

Ces sondages font deviner la fréquence et le polymorphisme des parasitoses. Quelles que soient les sources d'information, les taux sont souvent supérieurs à 36 %. En gros, 60% des enfants sont infestés. Le Sénégal Oriental et le Ferlo sont les plus exposés aux maladies parasitaires avec respectivement des taux de 80 % et 70 %²²².

A l'échelle nationale, les parasites dominants sont constitués par les amibes, les ankylostomes, les ascaris, les bilharzies, les ténias, les oxyures, anguillules et autres flagellés. La distribution des helminthiases intestinales ou urinaires et l'intensité connaissent des variations géographiques. Alors que l'ascaridiose et l'anguillulose se présentent comme des affections essentiellement urbaines, l'ankylostomiase et la bilharziose affectent surtout les zones rurales.

En milieu urbain, les taux d'ascaridiose sont superposables à la pauvreté avec une prévalence de 30 % dans les milieux démunis contre 1 dans les villages à 10 % dans les communes²²³. Quant à l'anguillulose dont le cycle exogène est exigeant en eau, elle sévit non pas en milieu sec, mais en zone urbaine où la contamination s'opère par le biais des bornes fontaines²²⁴.

A l'analyse, il apparaît que les facteurs climatiques, pédologiques et les activités socio-économiques (agriculture, élevage) déterminent la prédominance de parasites dans une zone donnée. Aussi les ténias prévalent-ils dans les zones d'élevage alors que les affections amibiennes sont plutôt fréquentes dans les milieux humides (Casamance), maritimes et fluviaux.

222. CINAM ORANA, *op cit.*

223. Baylet (R) et alii, p 334.

224. *Ibid.*.

3. La bilharziose

Pathologie tropicale très répandue, transmise par les parasites *Schistosoma mansoni* ou *Schistosoma haematobium* sous formes uro-génitales, rectales ou viscérales, la bilharziose apparaît comme une maladie liée aux autres problèmes sanitaires, hygiéniques et environnementaux. Ses incidences sur la nutrition, la fécondité et d'autres maladies, de même que ses répercussions sociales ont été mises en évidence par plusieurs recherches²²⁵. La bilharziose sévit plus en milieu rural qu'urbain. Son mode d'infestation, transcutané, reste lié aux mares et rizières infestées contrairement à l'infestation par voie digestive consécutive à l'absorption d'eau ou aliments souillés (amibes, ténias, ascaris).

De décembre 1957 à mars 1958, une enquête réalisée sur 3274 enfants dans les cercles de Thiès et Kaolack signale un index d'infestation bilharzienne élevé²²⁶. Si, aux environs de Tivaouane, aucune infestation (Keradi, Saou) n'a été relevée excepté un très faible taux au village de Maka, dans la zone de Khombole, l'index d'infestation connaît une hausse sensible avec 7,5% à Khombole, 14,5% à Touba Toul et environ 30% à NGoundiane²²⁷. Par contre, autour de Mbour, le pourcentage d'enfants positifs s'avère très élevé : 50,9% à Fimela, 65% à Nguéniène, 63% à Ndiaganiao²²⁸.

Le même constat se dégage dans la subdivision de Foundiougne, non sans une sensible hausse avec, à Diofior 76% des enfants infestés. La zone estuaire du Saloum, humide, parsemée de rizières est la plus affectée suivie de la

225. Gaud. J., « Notice épidémiologique sur les bilharzioses », *Médecine Tropicale* 1953, No 3, pp.320-327, p.320.

226. Larivière M., Aretas R., Raba A., « Index d'infestation bilharzienne au Sénégal », *Bulletin Médical de l'AOF*, 1958 No 2, pp.239-243., p. 239.

227. *Idem*, p. 240.

228. *Idem*, p. 243.

zone sérère contrairement aux Niayes alors que les taux les plus bas sont notés dans les villages bénéficiant des actions du dispensaire de l'ORANA (zone de Popenguine) et de la faculté de médecine (Khombole).

Le fort index d'infestation bilharzienne observé dans ces contrées est en liaison avec les caractéristiques de ces milieux géographiques largement parsemés de cours d'eau (bras de mes, mares, marigots, rivières). En effet, l'équipe chargée de l'enquête signale une importante infestation chez les enfants qui, «   la période des fortes chaleurs, se livrent quotidiennement à de joyeuses baignades dans les marigots voisins de leur village »²²⁹. S'y ajoutent des modes locaux de transmission largement favorisés par l'infestation de l'eau de boisson et de toilette. L'enquête de la CINAM de 1959 s'inscrit dans le même sillage lorsqu'elle signale une endémicité générale même si les taux ne sont pas déterminés hormis la zone occidentale.

229. *Idem*, p. 239.

Tableau 31: Indice bilharzien

(Recherche de *Schistosoma Hematobium* dans les urines)

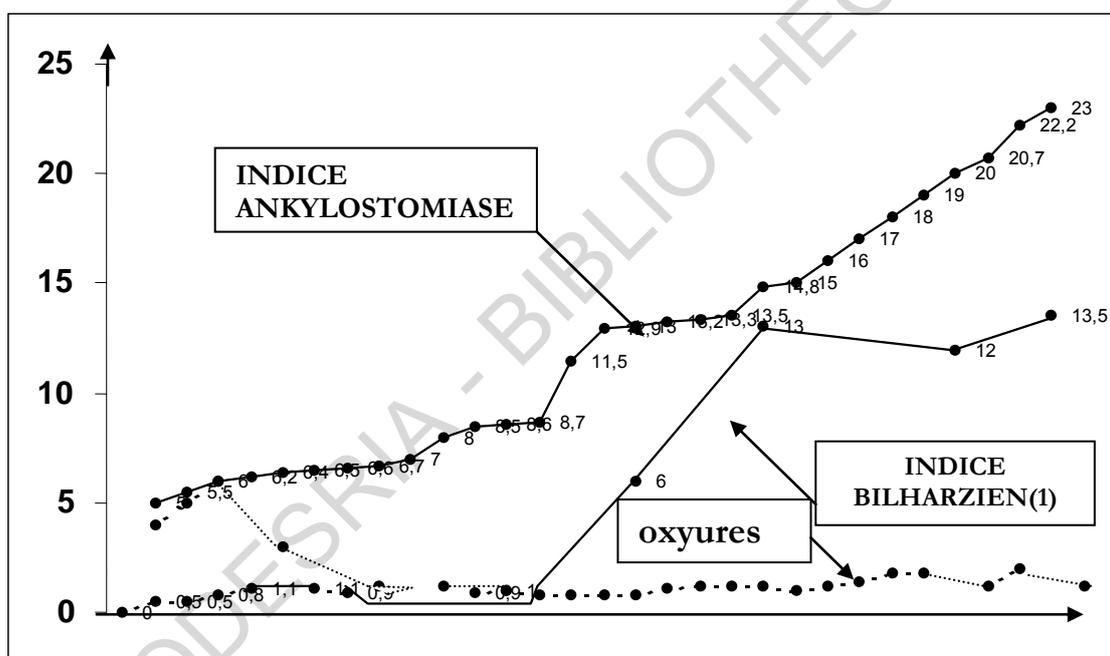
Zone	Village	Effectif		Résultats		Taux		
		G	F	G	F	G	F	Global
Zone maritime (Niayes) (z XIV)	Ker Adj	10	3	0	0	0	0	0,7 %
	Saou	32	46	0	0	0	0	
	Maka	35	31	0	1	0	3 %	
Zone Arachide Nord (z VI)	Khombole	233	51	23	0	7,5 %	0	9,9 %
	Khombole	46	9	4	0	7,4 %	0	
	Touba Toul	90	11	13	0	14,5 %	0	
Z sérères (z VIII)	Guandiaye	26	0	7	0	26,9 %	0	61,7 %
	Diagianao	178	36	128	13	72,0 %	36%	
Ngayohème	Ngyohème	997 examens de selles						3,9 %
	Niakhar	31 examens de selles						23,0 %
)O							6,5 %
	Kirène)R	232		29		12,0 %		
	N'Diass)A	473		2		0,4 %		
	Bandias)N	156		35		22,0 %		
	Daga)A	147		0		0,0 %		
Z Estuaire du Saloum (z IX)	Fimela	88	20	47	8	53,4 %	40 %	56,3 %
	Nguéniène	81	27	58	13	72,0 %	48 %	
	Djofior	69	10	52	8	70,5 %	80 %	
	Mar Fafako	39	17	1	2	2,5 %	12 %	

Graphique 20 : les indices bilharzien et ankylostomiase chez les enfants au Sénégal en 1959

ENQUETE SANTE
CINAM-ORANA 1959- 1960

INDICES BILHARZIENS
ET ANKYLOSTOMIASE
Enfant de 0 à 14 ans

Zones rurales
ENSEMBLE DU SENEGAL



(1) : Bilharzies intestinales exclusivement.

L'indice global des parasitoses intestinales a un indice assez constant de 18 mois à 14 ans : 57% à 59% de 0 à 10 ans et de 63% de 11 à 14 ans.

En milieu rural, les indices bilharzien et ankylostomiase augmentent avec l'âge, contrairement aux oxyuroses (cf graphique précédent).

Bien après l'indépendance, la bilharziose reste un problème de santé publique. Le IV^e Plan mentionne la persistance de la bilharziose vésicale dans le Sine Saloum et en Casamance où 40 % des enfants d'âge scolaire sont infestés. En outre, avec les grands travaux d'aménagement agricole dans la Vallée du Fleuve Sénégal, on constate une recrudescence de la bilharziose qui, dans certaines zones (Richard Toll, Ile à Morphil) sévit à l'état endémique.

L'état nutritionnel des enfants est mis à rude épreuve par les maladies parasitaires. En fait, les déficits alimentaires ne sauraient, à eux seuls, expliquer les signes de malnutrition. Les maladies parasitaires accentuent la malnutrition qui, à son tour, favorise la « colonisation » parasitaire. En 1957, l'enquête MISOES avait déjà identifié une anémie parasitaire. Les indices parasitaires et plasmocytaires du paludisme, de même que les niveaux d'anémie et les syndromes d'hépatosplénomégalie suivent, en 1959 la même tendance et s'intensifient de Dakar à la périphérie.

L'intensification des programmes éducatifs en matière d'hygiène, de lutte contre le péril fécal, l'amélioration de l'eau aussi bien en quantité qu'en qualité, les campagnes molluscocides, l'éradication des espèces vectrices, grâce à l'identification des zones infestées, des périodes de reproduction et de peuplement pourraient réduire sensiblement l'endémie bilharzienne au Sénégal.

CHAPITRE VI

LES MALADIES BACTERIENNES

Le tétanos ombilical et la tuberculose, représentent deux redoutables pathologies qui éprouvent sensiblement les enfants. Dès les années 1920, des recherches alertent les autorités sanitaires coloniales sur les ravages du tétanos dans les régions tropicales tétanigènes. L'inscription, après la Grande Guerre, de la tuberculose et du tétanos dans les priorités des autorités sanitaires épouse les préoccupations majeures du pouvoir colonial. Dans ce contexte, à partir des années 1920, le tétanos ombilical et la tuberculose sont ciblés par les autorités sanitaires comme un élément essentiel du recul démographique des colonies. La convergence du discours des autorités sanitaires autour des « périls tétanique et tuberculeux » dès les années 1920 s'inscrit dans les objectifs de l'Etat colonial, à savoir la préservation de la main d'œuvre indigène, la protection des Africains dès leur naissance par la mise en place d'une politique sanitaire efficace. On peut comprendre, dans un tel contexte, que la particularité de ces deux pathologies est, sans conteste, leur contribution à l'émergence des politiques de santé publique et surtout de protection maternelle et infantile (PMI) dans les colonies.

1. Le tétanos ombilical

Dès les années 1930, les autorités sanitaires de la fédération s'accordent sur la fréquence du tétanos dans ces terres tropicales réputées tétanigènes (sols sablonneux, souvent souillés de matières fécales et de déchets

animaux)²³⁰. Une autre source d'infestation réside, d'après les docteurs Peltier et Ledentu, dans « certaines médications (à base de crottin de cheval), le percement des oreilles avec des instruments souillés, la pratique de circoncisions rituelles malpropres, la section du cordon ombilical avec les morceaux de verres [qui] sont autant de causes adjuvantes favorisant l'apparition des cas de tétanos »²³¹. La convergence du discours autour du « péril tétanique » dès les années 1920 s'inscrit dans le cadre de la protection de la main d'œuvre indigène qui implique la protection des Africains dès leur naissance par la mise en place d'une politique sanitaire et sociale efficace.

Même dans la capitale fédérale, les docteurs Dejou et Roustaing assimilent le tétanos à un fléau social du fait de sa fréquence et des pertes humaines occasionnées²³².

Les statistiques, circonscrites pour l'essentiel dans les grandes formations sanitaires, ignorent souvent la prévalence du tétanos en milieu rural. Le docteur Delom reconnaît les limites des informations sanitaires lorsqu'il affirme que « la publication des statistiques hospitalières des grands centres laisse un peu dans l'ombre la réalité de l'existence de cas semblables dans les formations sanitaires de moindre importance et dans les postes de brousse »²³³. Les statistiques, bien qu'elles n'aient qu'un caractère fragmentaire, permettent cependant, ainsi qu'en témoignent les chiffres, d'évaluer l'importance de la diffusion de la pathologie. Ainsi, faute de renseignements précis sur sa prévalence en zone rurale, on en est un peu réduit aux conjectures mais elle

230. Dejou I, « Considérations sur le tétanos tropical », *Médecine Tropicale* 1943, No 4, pp.245-263, p.245.

231. Dr. Peltier et Ledentu, « Les maladies transmissibles dans les colonies », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome VII, 1937, p. 783.

232. Dejou I, Roustaing, « Note sur le tétanos à Dakar », *Bulletin Médical de l'AOF*, T. III, Fasc. 2, pp. 209-214, p.209.

233. Delom P, « Tétanos post sérique chez l'indigène », *Médecine Tropicale* 1943, No 6, pp. 471-263, p.479.

semble bien élevée compte tenu des conditions du milieu et de sa faible protection sanitaire. Certaines autorités sanitaires reconnaissent elles-mêmes les limites des statistiques sanitaires, surtout lorsqu'il s'agit du tétanos. En effet « 44 décès seulement auraient été enregistrés sur les 198 cas signalés. Ces proportions (22,2 %) sont de toute évidence, inexactes. Sur les 39 cas soignés à l'hôpital, il y a eu 28 décès, soit 71,7 % »²³⁴.

En 1934, les rapports des services sanitaires mentionnent 56 cas de tétanos à Dakar dont 25 cas de tétanos ombilical avec 30 % de guérisons alors qu'au Sénégal, 56 cas sont dénombrés avec 43% de guérisons²³⁵. Ces statistiques doivent être manipulées avec beaucoup de précaution si l'on compare le taux de prévalence identique aussi bien au Sénégal qu'à Dakar. A l'échelle de la fédération, les mêmes interrogations persistent lorsque les statistiques sanitaires signalent 816 cas de tétanos²³⁶. La mortalité consécutive au tétanos s'avère élevée : sur 512 patients admis dans les formations sanitaires, 280 décès sont dénombrés, soit un indice général de 54,7% par rapport à l'affection elle-même²³⁷.

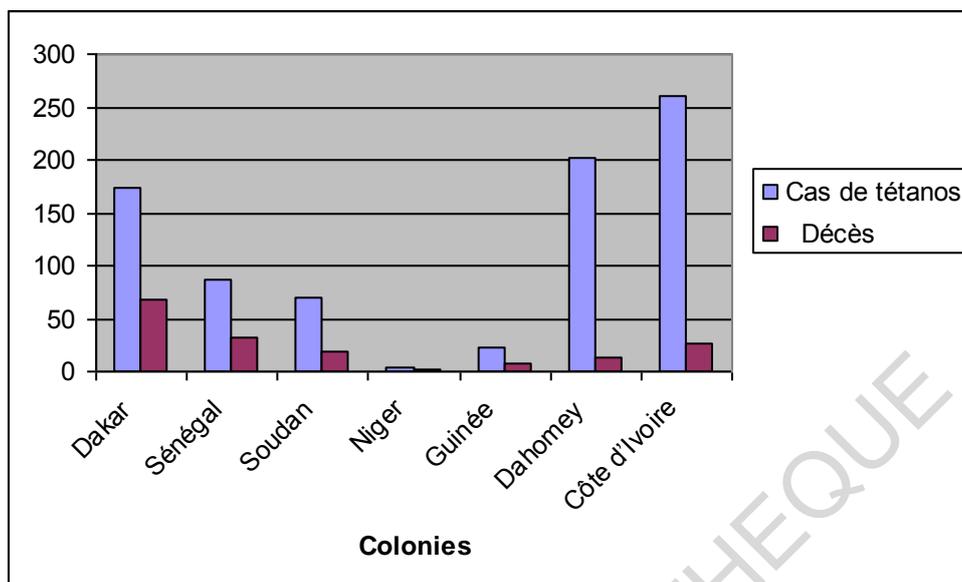
234. Dr. Peltier et Ledentu, « Les maladies transmissibles dans les colonies », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome VII, 1937, p. 1239.

235. Dejou L, *op.cit*, p.246.

236. Anonyme, « Les maladies endémo-épidémiques observées dans les colonies françaises et les territoires sous mandat pendant l'année 1939 », *Médecine Tropicale* 1941, No 6.

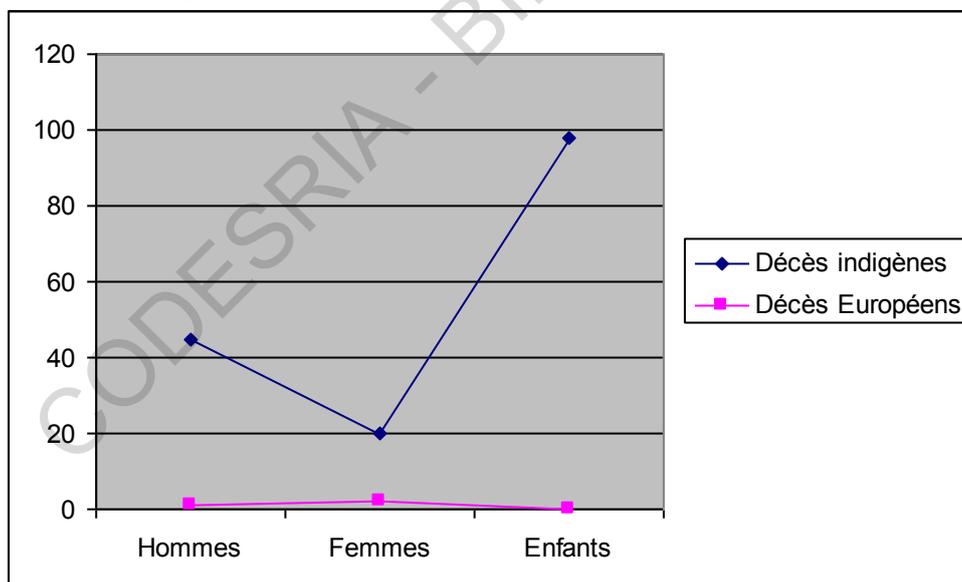
237. *Ibid.*.

Graphique 21 : Le tétanos en AOF : distribution et mortalité 1939 en AOF



Source : Anonyme, « Les maladies endémo-épidémiques observées dans les colonies françaises et les territoires sous mandat pendant l'année 1939 », *Médecine Tropicale* 1941, No 6.

Graphique 22 : Répartition de la mortalité pour tétanos (âge et sexe) en 1939 en AOF



Source : Anonyme, « Les maladies endémo-épidémiques observées dans les colonies françaises et les territoires sous mandat pendant l'année 1939 », *Médecine Tropicale* 1941, No 6.

Ce graphique, qui fait état de la létalité hospitalière pour tétanos en milieu indigène, européen et assimilé indique que, toutes proportions gardées, le taux de mortalité est plus élevé chez les enfants qui représentent 59 % des victimes (98 décès contre 46 pour les hommes et 22 s'agissant des femmes).

Si le tétanos consécutif aux percées d'oreilles et aux plaies (membres, front, thorax par morsure humaine) sont facilement guérissables (100%), à l'opposé, les tétanos ombilicaux, viscéraux et par piqûre de la plante sont souvent mortels. Avec 25 % des taux de guérison, les tétanos liés aux piqûres de pied par les arêtes de poissons très fréquents dans les villages de pêcheurs de la côte sénégalaise accusent une forte létalité²³⁸.

Hormis les cas de tétanos ombilicaux, plus de la moitié des patients sont guéris. L'ordre de fréquence met en évidence la prédominance des plaies ou piqûres au niveau des membres inférieurs (souvent voûte placentaire et orteils) avec 59 cas et un pourcentage de guérison de 61%. Suivent ensuite les plaies ombilicales (47 cas et seulement 21% de guérison), les portes d'entrée inconnues (26 cas et 73 % de guérison) et enfin les plaies par percées d'oreilles (15 cas et 67 % de guérison)²³⁹. Les percées d'oreilles représentent une pratique fréquente dans les sociétés africaines. Dès le jeune âge, les oreilles sont percées avec des aiguilles pour préparer la fille à porter des boucles d'oreille.

L'absence d'asepsie dans un environnement tétanigène expose les jeunes enfants et ouvre la porte à l'infection.

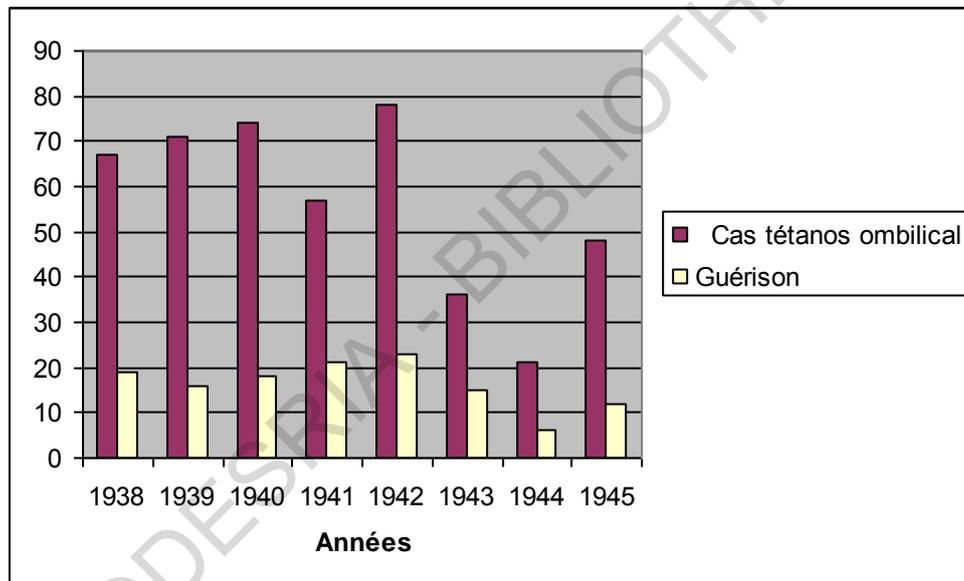
238. Dejou I, « Considérations sur le tétanos tropical », *Médecine Tropicale* 1943, No 4, pp.245-263, p.253.

239. Robin C, « Contribution à l'étude du tétanos à Dakar. », *Bulletin Médical de l'AOF*, Tome V, F 1, 1948, pp.81-87, P. 83.

Le tétanos suit un rythme saisonnier. Aussi, observe-t-on une diminution relative de l'infection de juin à septembre (hivernage) ainsi qu'une recrudescence en mars, avril, mai, octobre et décembre.

Le tétanos ombilical, liée à la section du cordon, représente un facteur important de mortalité infantile en dépit d'une carence des statistiques coloniales. Son impact sur la morbidité et la mortalité infantiles fut grandement à la base du renforcement de la protection maternelle et infantile et de la politique d'extension des maternités.

Graphique 23 : Le pourcentage de guérison du tétanos ombilical à Dakar de 1938 à 1945

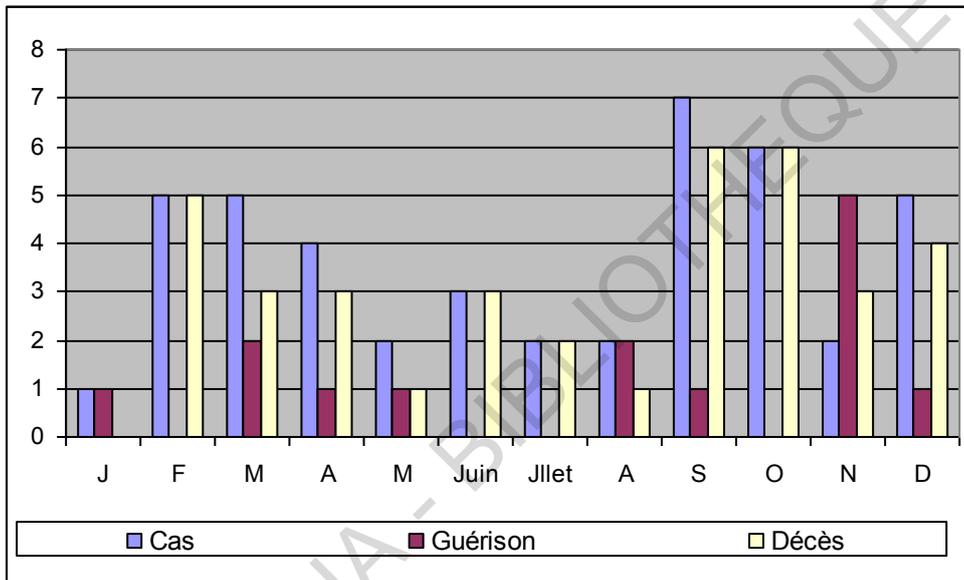


Source : Dejou L, Roustaing M, op cit.

On peut supposer, à travers ce graphique que de 1938 à 1945, la létalité est très élevée (plus de 75 %) car le taux de guérison oscille autour de 20 %. Une telle situation peut être mise en corrélation avec la seconde guerre mondiale marquée dans la colonie par des crises sanitaires, alimentaires et une réduction drastique des moyens matériels et humains au niveau des services sanitaires.

Un léger redressement est observé à la fin du conflit avec une baisse de la mortalité consécutive à une augmentation du taux de guérison. La forte mobilisation des autorités sanitaires et d'institutions internationales pour prendre en charge la santé materno-infantile commence à révéler ses effets. Ainsi, à la fin de 1947, le taux de guérison pour le tétanos qui affecte sensiblement les enfants et leurs mères, dépasse 70 % comme l'illustre le graphique suivant.

Graphique 24 : Cas de tétanos ombilicaux à Dakar en 1947



Source : Robin C, « Contribution à l'étude du tétanos à Dakar » in *Bulletin Médical de l'AOF*, T.V, Fasc.1.

L'analyse des statistiques du tétanos à Dakar livrées par le Dr. Robin montre que la porte d'entrée ombilicale s'avère particulièrement grave, notamment durant la période de 4 à 6 jours. Environ, le tiers des enfants admis dans la structure hospitalière et atteint de tétanos ombilical ne survivent pas à l'affection (71,5%).

Le pourcentage de guérison s'avère assez faible (28,5%) comparé aux autres portes d'entrée. A Dakar, 200 victimes furent dénombrées en 1943 malgré un renforcement des structures de protection maternelle et infantile. Dans la

zone sylvo-pastorale, l'affection prévaut à l'état endémique. L'enquête CINAM-ORANA estimait pour l'ensemble du territoire un taux de mortalité infantile par tétanos entre 10 et 15 % en 1959. En zone rurale, sur un échantillon de 450 enfants, 12 % des décès sont dus au tétanos ombilical.

L'enquête en milieu urbain en 1947 au sein de l'hôpital de Saint-Louis signalait des taux de décès avant sevrage de 6,1 % contre 4,5 % après sevrage. Dans la Vallée du Fleuve, la situation est identique.

Tableau 32 : Tétanos ombilical (Taux en %)

Enfants décédés avant la fin du sevrage			Enfants décédés après sevrage		
0 mois	1 à 11 mois	1 à 4 ans	5 à 14 ans	15 ans et +	Ensemble
6,1	13,7	13,3	11,1	3,2	5,8

Source : Enquête nourrisson MISOES 1956 – 1957

Après l'accession du Sénégal à la souveraineté internationale, le tétanos continue à poser un véritable problème de santé publique. En effet, dans le tableau nosologique, figure en bonne place le tétanos ombilical ou consécutif à des percées d'oreilles qui sévissent en milieu rural souvent éloigné des structures sanitaires²⁴⁰. De 1960 à 1967, 1962 cas de tétanos sont hospitalisés à Dakar²⁴¹.

Tableau 33 : Cas de tétanos enregistrés à Dakar de 1960 à 1967

	Tétanos ombilical	Autres cas	Total
Clinique Maladies Infectieuses	80	1721	1801
Clinique Pédiatrie (1960-64)	161	–	161
Total	241	1721	1962

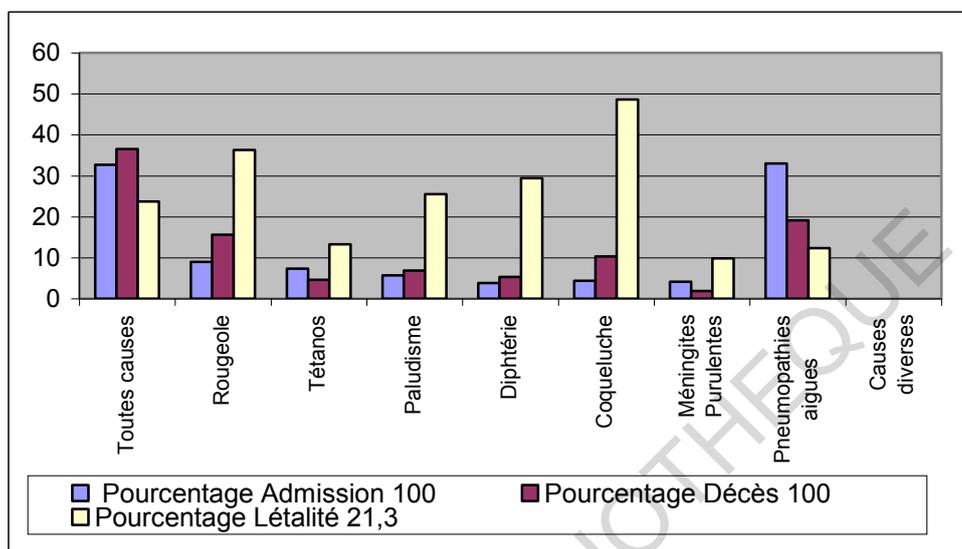
Source : Diop Mar I, alii, « Le tétanos à Dakar, problème de santé publique », *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française*, vol.9, 1969.

240. Allocution de Ly A, Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sénégal, Exposé *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, CIE, Réunions et Conférences XIV, Institut de Pédiatrie Sociale. Dakar, février 1967, p. 11.

241. Diop Mar I, alii, « Le tétanos à Dakar, problème de santé publique » *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française*, vol.9, 1969, p. 78.

De 1963 à 1967, le tableau nosologique a subi d'importants changements du fait de la poussée du tétanos dans les statistiques hospitalières.

Graphique 25 : Répartition des principales maladies enregistrées à Dakar de 1960 à 1967



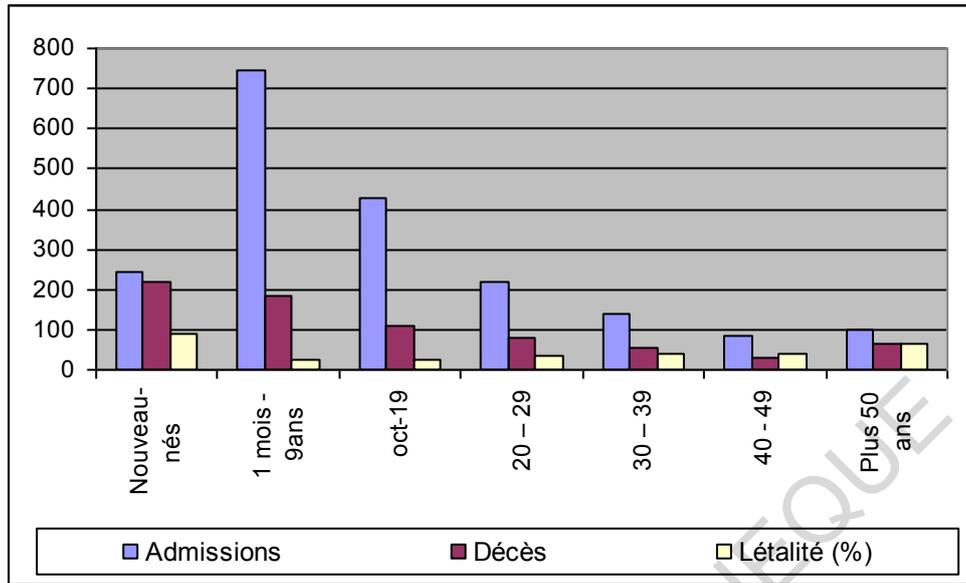
Source : Diop Mar I, alii, « Le tétanos à Dakar, problème de santé publique », 1969.

En 5 ans, le tétanos, avec 9 % des causes d'admission et 15,6 % des décès, figure à la deuxième place dans les statistiques de l'Hôpital de Fann avant le paludisme et après l'infection morbilleuse. Toutefois les campagnes de vaccination menées contre la rougeole risquent de propulser le tétanos à la première place.

Avec 36,3 %, la létalité moyenne du tétanos occupe le deuxième rang s'agissant des causes principales d'admission derrière les méningites purulentes (48,6 %) ²⁴². Ces taux élevés trouvent leur fondement dans l'absence de vaccination, hormis quelques écoliers. Quant à la prévention, elle reste circonscrite à la séroprophylaxie effectuée au niveau des formations sanitaires (nouveau-nés, plaies traumatiques).

242. Diop Mar I, alii, *op.cit*, p.77.

Graphique 26 : Distribution du tétanos selon l'âge



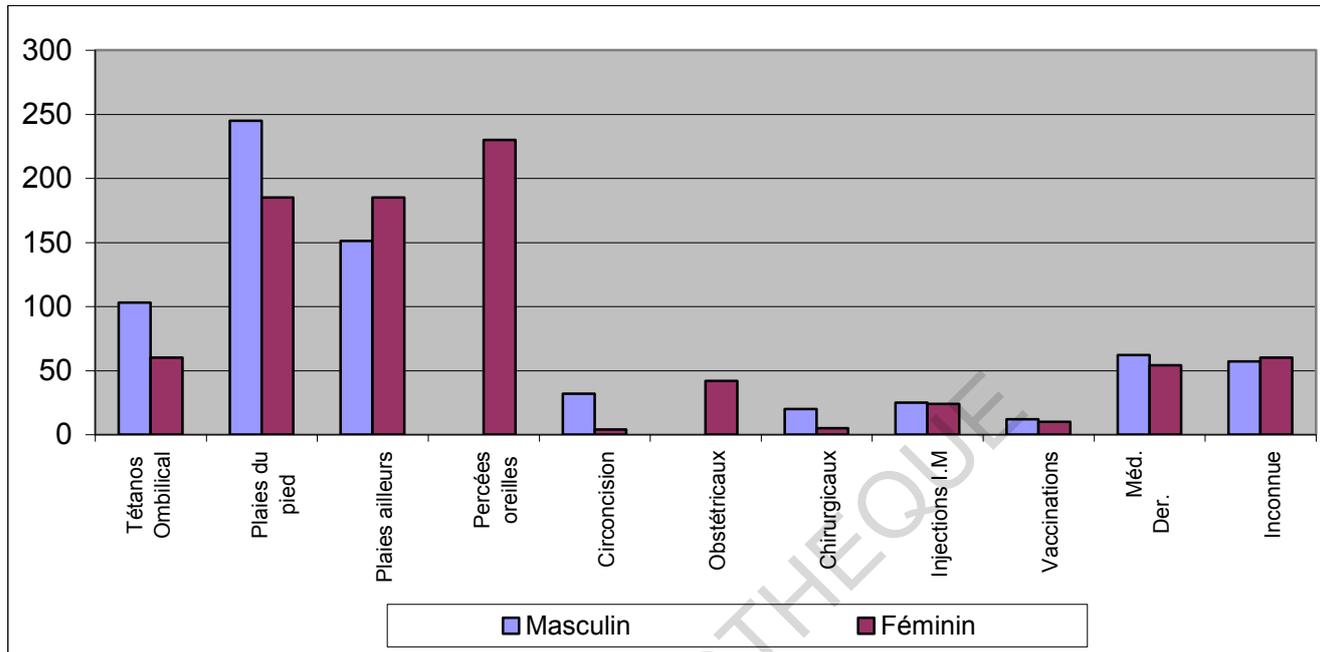
Source : Diop Mar I, alii, « Le tétanos à Dakar, problème de santé publique », op cit.

L'âge constitue un facteur essentiel dans la distribution du tétanos.

La létalité la plus importante occasionnée essentiellement par le tétanos ombilical est observée au niveau des nouveau-nés (91 %) jusqu'en 1967.

De 1 mois à 20 ans, la létalité atteint le quart des patients. Une tendance à la hausse se dégage entre 20 et 50 ans (36 à 39 %) avant de s'accroître à partir de 50 ans avec 63 %. Les malades âgés de moins de 20 ans représentent 72 % des cas. De cette fourchette, se dégage la tranche d'âge de 1 mois à 10 ans (43 % des cas de tétanos non ombilical).

Graphique 27 : Distribution du tétanos selon le sexe



Source : Diop Mar I, alii, « Le tétanos à Dakar, problème de santé publique », op cit.

L'analyse de la distribution selon la porte d'entrée indique, s'agissant du tétanos ombilical, la prépondérance des garçons qui doublent (65 %) l'effectif des filles. Ce phénomène pourrait s'expliquer par la plus grande sollicitude accordée au nouveau-né mâle. La même tendance est observée pour les plaies de la plante (pied). La « division » du travail selon le sexe confine les femmes ainsi que les filles aux travaux domestiques alors que les hommes (y compris les garçons), souvent en dehors des concessions, s'adonnent à des activités aux risques plus élevés. Les garçons, qui jouent souvent les pieds nus, se trouvent davantage exposés aux blessures de la plante.

Toutefois, la fréquence du tétanos consécutif aux percées d'oreilles spécifique aux filles propulse le sexe féminin, en tenant compte de l'index global, devant les hommes : 53 % contre 47 %.

Pour lutter contre la mortalité infantile, les autorités coloniales, assez tôt, prirent à bras - le corps l'épineux problème du tétanos ombilical par la formation pratique des matrones pour l'acquisition de principes de propreté au cours de l'accouchement. Il s'agissait d'éviter le danger des manœuvres traditionnelles et, ce faisant, prévenir le tétanos ombilical. Outre l'utilisation de matrones comme relais pour la diffusion de notions élémentaires de puériculture au sein de la population africaine, les autorités coloniales instituèrent une prime de rendement de trois francs calculée d'après le nombre de nouveau-nés présentés en bon état et une cicatrisation ombilicale parfaite.

A partir des années 1940, les autorités sanitaires recommandent, pour la prévention du tétanos, la généralisation de la pratique de la vaccination anti tétanique notamment au niveau des femmes enceintes. Le traitement repose sur deux éléments : neutraliser la toxine qui diffuse l'infection et tarir la source. Les méthodes thérapeutiques sont axées sur les voies intra-rachidienne (méthode de Sicard et Camus), intra-veineuse et la méthode Couvy (sérum associé à l'urotropine). A Dakar, le Dr. Rossi a utilisé en 1942, sur les nourrissons atteints de tétanos ombilical, la voie intra-rachidienne associée à l'injection dans le sinus longitudinal. Sur la dizaine d'enfants traités selon cette technique, cinq guérisons furent enregistrées après quatre jours de traitement²⁴³.

1. La tuberculose

Maladie cosmopolite et universelle, infectieuse et contagieuse, la tuberculose s'inscrit hors de l'arsenal de la pathologie exotique qui, jusqu'aux années 1920, constituait la préoccupation majeure des autorités sanitaires de la

243. Dejou I, « Considérations sur le tétanos tropical », *Médecine Tropicale* 1943, No 4, pp.245-263, p.247.

colonie. « Fléau social » dont la cible privilégiée semble être les couches les plus défavorisées de la société, la tuberculose est classée dans les maladies dites sociales au même titre que la lèpre et la syphilis vénérienne. Pour les autorités sanitaires, il s'agit de maladies qui affectent la société, dont les causes sont sociales, de même que les conséquences. Témoin, à Dakar, une enquête médico-sociale sur les conditions économiques, sociales, familiale des tuberculeux menée en 1956 par le docteur Heckenroth indique que les malades restent au moins en contact avec quatre membres de leur entourage dont trois enfants. Pour Dakar, ville de 250000 à 280 000 hts, où vivent un grand nombre de tuberculeux adultes, on peut deviner aisément le nombre de personnes exposées directement à la contagion²⁴⁴. Aussi, la lutte contre l'infection bacillaire doit-elle dépasser l'agent pathogène en prenant en compte les facteurs favorisant : hygiène, assainissement, taudis, alcoolisme, malnutrition.

L'analyse des informations consignées dans les rapports indiquent, par rapport aux pathologies vénériennes, une prise en charge assez tardive de la tuberculose qui, bien que mentionnée dans certaines études (en 1840 par Thévenot puis en 1865 par Chassagnol, Borius en 1883²⁴⁵, Kermorgant²⁴⁶), ne devint une préoccupation du pouvoir colonial qu'après la Grande Guerre. Devenue un problème militaire, de santé publique, l'infection bacillaire ne pouvait plus être ignorée par les autorités obligées de l'inscrire parmi les priorités sanitaires.

244. IMTSSA Dossier 277 Tuberculose : Carton Situation dans les TOM, p.38.

245. IMTSSA Dossier 81 Lutte contre la tuberculose et la syphilis 1941.

246. Kermorgant 1906, "La tuberculose dans les colonies françaises et plus particulièrement chez les indigènes d'après les documents fournis par les chefs du service de santé", *AHMC*, 9 : 220-241.

a) *La marche progressive de la tuberculose*

Au Sénégal, les premières informations sanitaires relatives à la tuberculose furent rapportées successivement en 1840 et 1865 par Thévenot puis par Chassagnol qui, à l'époque, considéraient l'infection bacillaire comme une pathologie exceptionnelle sur la côte occidentale d'Afrique²⁴⁷. Borius, en 1883, notait des cas de tuberculose au niveau des indigènes de Gorée et de Saint Louis. Un tel constat battait en brèche les avis des médecins navigants de la Côte Occidentale d'Afrique qui, à l'époque, considéraient les Noirs comme disposant d'une immunité naturelle contre l'infection bacillaire conférée par l'effet stérilisateur du soleil²⁴⁸.

Au cours de la première décennie du XXe siècle, les chroniques du Dr. Kermorgant sur les maladies sévissant dans les colonies, publiées dans la revue *Annales d'Hygiène et de Pharmacie Coloniales*, attiraient l'attention des autorités coloniales sur la gravité de l'infection bacillaire et sa progression constante dans les colonies africaines.

Si les études entreprises dans la colonie du Sénégal indiquaient un faible taux de prévalence de la tuberculose avant la Grande Guerre, dès les années 1910, des chiffres des plus pessimistes, sur la base d'enquêtes de cuti-réaction tuberculique à l'instigation de Calmette, mettaient en évidence une forte tuberculisation des colonies françaises de l'Ouest africain. A l'échelle de la fédération, les enquêtes réalisées par Mathis²⁴⁹ et Durieux estiment qu'en peu de

247. Sankalé M, Pène P, *Médecine sociale au Sénégal*. Dossiers Africains, Afrique Documents No 1, 1960, P. 13.

248. Mathuis C, *L'œuvre des pastoriens en AOF*, PUF, 1939, p.333.

249. *Idem*.

temps, la positivité de l'index tuberculique aurait triplé au Sénégal, quadruplé au Soudan et en Haute Volta, quintuplé en Guinée et sextuplé en Côte d'Ivoire²⁵⁰.

A l'orée des années 1920, le docteur Heckenroth constate la forte proportion de la mortalité par tuberculose. Couvy s'inscrit dans le même sillage sur la base des statistiques de l'hôpital indigène de Dakar où, en 1925-26, le taux de décès par tuberculose atteignait 23 % de la mortalité générale. A Saint Louis, les statistiques de mortalité recueillies par les docteurs Lefrou et Allard dans la deuxième décennie du XXe siècle signalent le rôle non négligeable de la tuberculose dans les circonstances de décès. En 1923, l'infection bacillaire représente 15,24 % des causes de décès à Saint Louis (soit 116 sur 774)²⁵¹.

Toutefois, il faut attendre la Grande Guerre pour voir la tuberculose, maladie jusqu'ici taboue, occuper le devant de la scène d'abord en France puis dans les colonies. La loi sur les dispensaires en 1916 et celle de 1919 relatives aux sanatoriums constituent des repères significatifs dans le processus de reconnaissance légale de l'infection bacillaire. Jusqu'ici circonscrite dans les milieux pauvres (quartiers ouvriers, milieux défavorisés), elle devint, avec la Grande Guerre un problème militaire et, ce faisant, interpelle la puissance publique. Sous ce registre, l'histoire de la santé publique dans les colonies, plus particulièrement la prise en charge de l'infection bacillaire est plus le reflet de la conjoncture qu'une politique réelle avec une vision prospective. Le pouvoir colonial procède par crises, par successions d'à-coups, bricolages et colmatages de brèches.

250. *Idem.*

251 Lefrou G., Allard M, « Une décade démographique (1921 – 1930) à Saint Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortinatalité, mortalité infantile », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales 1932*, Tome XXX, pp. 406 – 427, p.419.

Après le second conflit mondial, les médecins des plus avertis signalent des menaces réelles de propagation de l'infection bacillaires en Afrique lorsqu'ils affirment : «Il s'agit d'une grande maladie sociale, qui ne tardera pas à primer les autres maladies endémo-épidémiques, même tropicale, si des mesures prophylactiques ne sont pas appliquées rapidement »²⁵². D'autant plus qu'elle revêt en Afrique, surtout dans les grandes villes, un caractère de grande maladie sociale comme en métropole. En effet, « ce problème est surtout vrai pour les grandes villes et en particulier à Dakar, où la pathologie tend à prendre de plus en plus un aspect mixte dû à la disparition des maladies comme la peste, la fièvre jaune, la diminution de la variole, de la maladie du sommeil, du paludisme, ce qui rend peut être plus évidente l'existence d'autres affections comme la tuberculose par ailleurs en extension »²⁵³. En 1947, l'Enquêtes Nourrissons estimait, à l'Hôpital de Saint Louis les décès causés par la tuberculose à 11,8 % avant le sevrage et 10,1 % après le sevrage.

Au moment où une décrue de la maladie est amorcée en métropole, l'urgence et l'ampleur de l'infection bacillaire dans les colonies provoquaient une mobilisation de la communauté internationale ainsi qu'une lutte axée sur une médecine prophylactique, notamment des campagnes de vaccination²⁵⁴. Surtout qu'une forte migration de travail d'origine africaine, notamment maghrébine est observée en France. La forte tuberculisation observée chez ces immigrés, les mouvements de population facilités par la révolution des transports suggèrent une forte mobilisation contre le fléau bacillaire.

252. Sénégal, Boiron, « La lutte antituberculeuse à Dakar. Emploi du vaccin B.C.G. sec », p 209

253. *Ibid.em*

254. Union Internationale contre la Tuberculose 1955, « La Tuberculose en Afrique », Résumé du Procès verbal d'une réunion qui s'est tenue à Paris les 4 et 5 juillet 1955, p.13

Il reste que l'augmentation du nombre de cas, relevée entre le début du XXe siècle et le courant de la décade 1920 semble, du reste, plus traduire un meilleur rendement des services de dépistage dans les dispensaires et les tournées foraines qu'une progression réelle de l'affection durant la période. Ces performances des services sanitaires résultent des directives émanant de la circulaire ministérielle du 6 août 1935, « qui organisait, sur des bases nouvelles, l'Assistance Médicale Indigène rurale et en étendait le bénéfice jusqu'aux foyers indigènes les plus reculés de la brousse »²⁵⁵.

En vérité, faute de structures spécialisées et de statistiques fiables, il est difficile d'apprécier à sa juste valeur l'ampleur réelle de l'infection bacillaire. D'autant plus que les premières enquêtes sur l'endémie tuberculeuse restaient largement circonscrites en milieu urbain. Ainsi les « chiffres ne sont qu'un reflet de l'endémie tuberculeuse [car] ils ne concernent pas les autres localisations de la maladie »²⁵⁶. En effet, « les documents ... sont en eux-mêmes incomplets puisque établis en grande partie à Dakar, et n'apportent donc aucun éclaircissement sur l'importance de la tuberculose en brousse »²⁵⁷.

D'une manière générale, les chiffres, dont certains sont extraits de la nomenclature nosologique sommaire sont certainement en dessous de la réalité et ne donnent qu'une idée imprécise de l'incidence de la maladie, notamment à l'intérieur de la colonie. Les progrès des échanges, les modifications du genre de vie (urbanisation), les déficiences alimentaires, le développement de l'alcoolisme et l'implantation progressive des Européens à l'intérieur de la colonie semblent

255. Anonyme, *Médecine Tropicale* 1941, No 6, Statistiques, p.887.

256. Bergeret C, Roustaing M, « Note sur la tuberculose pulmonaire à Dakar », *Bulletin Médical de l'AOF* 1946, Tome III, Fascicule 2, pp.247-251, p. 251.

257. Sénécal J., Boiron, « Le problème de la tuberculose en AOF », in *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. Colloque organisé par le Centre International de l'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952, CIE, Réunions et Conférences, 1953, p.188.

intervenir dans la poussée de la tuberculose. Il semble bien que l'infection bacillaire est beaucoup plus importante sur la côte que dans l'hinterland où les populations sont moins tuberculisées.

Devant la forte tuberculisation des colonies, Dakar en particulier, mise en évidence par ces chiffres alarmistes, il incombait aux autorités coloniales de prendre à bras le corps l'épineux problème du péril tuberculeux. Dans ce contexte, la prémunition contre la tuberculose par la vaccination BCG, notamment des enfants, fut inscrite, à partir des années 1920 dans les priorités des autorités sanitaires.

b) La tuberculose chez l'enfant

Les premières enquêtes menées au Sénégal sur 2242 sujets à l'initiative de Calmette à partir des années 1910 aux fins de déterminer le taux d'imprégnation tuberculeuse chez les Noirs par l'utilisation de la cuti-réaction tuberculinique relevaient des taux importants au sein de la population infantile : 4 % à moins d'un an, 18,6 % de 1 à 15 ans contre 15,4 % chez les adultes.

A Dakar, « où la tuberculose fait des ravages importants dans une population où l'alimentation est déficiente et qui s'entasse trop souvent encore dans des locaux sans air ni lumière »²⁵⁸, le docteur Marcel Léger, sur la base de la cuti-réaction effectuée au sein de la population scolaire de 1922 à 1924, estimait le taux de pourcentage positif de 38% chez les enfants de 7 à 10 ans et 49 % pour ceux de 10 à 25 ans²⁵⁹. Cinq ans plus tard, une tendance haussière est notée au sein de la tranche d'âge de 7 à 10 ans où le degré d'imprégnation tuberculeuse passe à 43,3 %.

258. Gouvernement Général, Circonscription de Dakar et Dépendances, Exposition Coloniale de 1931, p. 101.

259. Léger M, op cit.

La même tendance est observée après le second conflit mondial. Ainsi, en 1951, la tuberculose occupe, après la malnutrition, la seconde place des causes de décès infantiles à l'Hôpital Central Indigène²⁶⁰. Sur 915 enfants consultés par le service de pédiatrie de l'Hôpital Central Indigène, 8,5% soit 78 au moins étaient gravement atteints par l'infection bacillaire. Sur les 219 décès survenus à l'Hôpital Central Indigène, les causes principales sont les suivantes²⁶¹ : malnutrition, tuberculose, neurotoxicoïse, paludisme cérébral.

Tableau 34 : Causes principales des décès survenus à l'Hôpital Central Indigène en 1951

Pathologies	Nombre de décès	Pourcentage
Malnutrition	53 décès	24 %
Tuberculose	27	12 %
Neurotoxicoïse	16	7,7 %
Paludisme cérébral	14	6,7 %

Source : Sénécal J, Boiron H 1953, « La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital Central Indigène de Dakar » (éd.) C.I.E Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique. (Brazzaville, 8-13 déc. 1952). Paris), *Colloque organisé par le Centre International de l'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952, CIE, Réunions et Conférences*, pp. 200-214, p. 208.

La tuberculose, avec 27 décès, figure à la deuxième place après la malnutrition, soit 12 %. Le taux de plus en plus important de la tuberculose parmi les causes de décès pousse certaines autorités sanitaires à recommander l'inclusion d'un test tuberculinique dans les enquêtes de troubles nutritionnels au

260. Sénécal J, Boiron H Le problème de la tuberculose en AOF, in *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique.*, « La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital Central Indigène de Dakar » Colloque organisé par le Centre International de l'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952, CIE, Réunions et Conférences, pp. 200-214, 1953, p. 208.

261. *Ibid.em.*

même titre que la recherche de parasitoses intestinales, du paludisme ou de la syphilis²⁶².

Tableau 35 : Répartition par âge des décès survenus à l'Hôpital Central Indigène en 1951

Age	Nombre de cas	Nombre de décès
0 à 2 ans	28	12
2 à 5 ans	36	10
5 à 10 ans	15	5

Source :Sénécal J, Boiron H 1953, « La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital Central Indigène de Dakar » *Colloque organisé par le Centre International de l'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952*, CIE, Réunions et Conférences, pp. 200-214.

Entre le 1^{er} avril et le 28 novembre 1952, le service de l'Hôpital Central Indigène a enregistré 28 enfants décédés sur un total de 194, soit 14,4 %.

La prémunition contre la tuberculose par la vaccination BCG dans les colonies africaines fut menée au Sénégal au début des années 1920 à l'initiative de Calmette et Mathis. La vaccination des nouveau-nés fut d'abord effectuée sur les enfants noirs à la Maternité Indigène de Dakar le 24 mai 1924 avant d'être élargie aux jeunes Européens.

Si la préparation du vaccin était dévolue à l'Institut Pasteur de Dakar, son administration relevait de l'Institut d'Hygiène Sociale située en milieu africain (Médina). Ouvert en juin 1921 pour remplacer la Polyclinique de

262. Sénécal J, Boiron H, « La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital Central Indigène de Dakar » (éd.) C.I.E *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique. (Brazzaville, 8-13 déc. 1952)*. Paris : CIE (Réunions et Conférences, IV), 1953, p. 204.

l'Hôpital Central Indigène fonctionnelle depuis 1918, il avait deux principaux objectifs inscrits dans son cahier de charge : l'assistance médicale aux indigènes et l'encadrement des élèves médecins et élèves sages-femmes.

Doté de services d'assistance, de services antivénérien et antituberculeux, de consultations prénatales, gynécologiques et de celles des nourrissons, l'Institut d'Hygiène Sociale, outre les visites médicales et régulières des élèves de Dakar, est chargé de dépister les foyers de maladies endémiques et épidémiques et dispose d'un service antituberculeux à domicile.

La médiation entre le malade et le dispensaire est assurée par les infirmières visiteuses chargées aussi de la prophylaxie de la tuberculose grâce à la vaccination antituberculeuse à domicile par le BCG (administration des 3 doses successives de vaccin). La prophylaxie antituberculeuse s'est appuyée sur le dépistage aussi précoce que possible des cas grâce aux infirmières visiteuses, sur l'action des dispensaires, en particulier l'Institut d'Hygiène Sociale et la lutte contre les taudis entreprise par le Service d'Hygiène de Dakar.

Toutefois l'une des difficultés majeures auxquelles se trouvent confrontées les infirmières visiteuses est la recherche des nouvelles accouchées du fait des imprécisions ou de l'inexactitude des renseignements livrées par l'état civil. Une autre difficulté réside dans les séjours prolongés à l'hôpital des enfants emmenés par leurs mères malgré l'avis des autorités hospitalières. Une telle situation grossit l'effectif des perdus de vue Ainsi, à l'Hôpital Central Indigène de Dakar, en 1951, sur 48 enfants malades, 16 sont perdus de vue dont certains en bas âge.

La difficulté de suivi se trouve aggravée par l'inexistence d'un service social à l'hôpital, l'imprécision de leur domicile pour les retrouver²⁶³. A l'Hôpital Central Indigène de Dakar, les autorités de la structure confirment : « Nous ne pouvions empêcher leur départ car après un séjour de trois semaines à un mois, il devenait difficile de maintenir hospitalisées des femmes bien portantes que souvent d'autres enfants attendent chez elles »²⁶⁴. D'autant plus que « la faible capacité du service des enfants (41 lits) nous obligeait à ne pas garder trop longtemps ces malades qui pouvaient suivre à un traitement à domicile (Isoniazide), soit revenir à notre consultation pour y recevoir des injections de Streptomycine »²⁶⁵.

La vaccination antituberculeuse, d'abord limitée aux enfants nés à la maternité, est élargie trois années plus tard à tous les enfants nés en ville. Après la méthode de la voie buccale pratiquée dès 1924, la vaccination antituberculeuse de l'enfant par le BCG fut administrée, au moyen de scarifications cutanées jugées plus efficaces. Le vaccin sec lyophilisé pour scarification réalisé à partir de 1950 par Boiron remplace le vaccin incorporé à la gomme arabique (technique du vaccin anti-amarile). Les essais de prémunition à l'aide du vaccin BCG inoculé par scarification, menés par Durieux et Arquié sur les tirailleurs sénégalais basés à Dakar se révélèrent concluants²⁶⁶. A Dakar, le Pr. Jean Sénécal appliqua aux enfants de tous âges le vaccin sec lyophilisé qui fut

263. Sénécal J, Boiron H, « La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital Central Indigène de Dakar » (éd.) *C.I.E Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. (Brazzaville, 8-13 déc. 1952). Paris : CIE (Réunions et Conférences, IV), 1953, p. 208

264. Sénécal J, Boiron H, « La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital Central Indigène de Dakar » (éd.) *C.I.E Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. (Brazzaville, 8-13 déc. 1952). Paris : CIE (Réunions et Conférences, IV), 1953, p. 207.

265. *Ibid.*

266. Durieux C, Arquié E, « Essais de prémunition antituberculeuse sur des sujets de race noire à l'aide du vaccin BCG inoculé par scarification », *Médecine Tropicale* 1941 No 1, 146-149.

par la suite élargi à l'échelle du territoire. Les vaccinations BCG sont passées de 605 en 1927, 721 en 1928 et 797 l'année suivante²⁶⁷.

Dans la capitale fédérale, la vaccination préventive BCG, les consultations prénatales et des nourrissons ont fait chuter le taux de mortalité infantile. En 1927-1928, une comparaison faite par Couvy entre deux groupes d'enfants non prémunis (avant l'établissement de la vaccination BGC) et prémunis indique une baisse de la mortalité infantile de 25,7 % à 10,3 % chez les enfants de 10 jours à deux ans (soit un différentiel d'environ 10 points). De 1928 à 1930, Blanchard poursuit la même comparaison de mortalité globale entre les enfants prémunis et ceux non prémunis et aboutit au même constat : 21,3 % contre 36 en 1928 ; 22,7 % contre 36,2 % l'année suivante et 14,7 au lieu de 36,7 en 1930. Le différentiel entre les deux groupes s'élève à 14 %.

La conclusion que l'on tire de ces deux comparaisons, nous l'empruntons à Constant Mathis qui estime que « les deux groupes d'enfants se trouvant dans des conditions de vie identiques et soumis aux mêmes causes de morbidité et de mortalité, on est en droit de porter à l'actif de la prémunition antituberculeuse la moindre mortalité du premier groupe »²⁶⁸.

En milieu rural, les campagnes de vaccination des enfants et jeunes adultes furent confrontées à des problèmes liés aux difficultés de faire appliquer des mesures souvent autoritaires. En effet, les rassemblements souvent autoritaires déjà ressentis lors des vaccinations antivarioloamariles furent d'autant plus pénibles pour les populations que les autorités sanitaires décidèrent d'y adjoindre deux opérations supplémentaires que nécessite la vaccination BCG

267. Gouvernement Général, Circonscription de Dakar et Dépendances, Exposition Coloniale de 1931, p. 101.

268. Mathis C, op cit, p.340.

(test de contrôle et vaccination proprement dite)²⁶⁹.

Pour les autorités sanitaires, l'application de telles mesures fut grandement compromise par la libéralisation du régime colonial consécutive à la fin de la seconde guerre mondiale. Quelles doivent être les nouvelles bases juridiques de ces rassemblements autoritaires ? D'autant plus que le recours à la médiation des chefs coutumiers et religieux s'avère insuffisant.

Pour faire accepter ces nouvelles contraintes, les autorités du SGHMP envisagent outre une nouvelle approche populaire de la médecine, comme l'association d'un traitement de la syphilis et du pian, s'appuyer sur le réseau de maternités car la petite enfance paie un lourd tribut aux primo-infections graves²⁷⁰.

c) Traitements et difficultés de la lutte antituberculeuse

Au sortir du second conflit mondial, la tuberculose, « maladie particulièrement sévère en Afrique »²⁷¹, est en passe, au décours des années 1940, de devenir dans le continent « le plus grand fléau social »²⁷² du fait d'un nombre de plus en plus important de cracheurs de bacilles. En effet, l'importance des maladies cosmopolites à l'image de la tuberculose pouvait échapper aux autorités sanitaires dans la mesure où, tant que les communautés humaines connaissaient de faibles densités en milieu rural, de surcroît souvent isolées et la démographie urbaine assez moyenne, la pathologie bacillaire, circonscrite dans

269. Sanner L. « La tuberculose », in *Tâches et problèmes de la santé publique en AOF* No Spécial *Bulletin Médical de l'AOF* novembre 1954, p 69-114. p 101

270. *Idem*, p. 103.

271. Sénégal J, Boiron H, « Le problème de la tuberculose en AOF », in *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. Colloque organisé par le Centre International de l'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952, CIE, Réunions et Conférences, 1953, pp. 188-216, p. 188

272. *Ibid.*.

des espaces restreints, pouvait être facilement maîtrisée²⁷³.

Dès lors, s'imposait l'adaptation de la lutte antituberculeuse aux spécificités du continent africain où la tuberculose constitue un problème d'urgence et de masse. L'urgence et l'ampleur du problème commandent une lutte axée sur une médecine prophylactique et un traitement ambulatoire.

c-1 Les traitements

A partir des années 1950, s'opère une révolution dans le traitement de la tuberculose du fait de l'usage des antibiotiques dans l'arsenal thérapeutique. La streptomycine, découverte en 1944, fut utilisée deux ans plus tard dans le traitement de la tuberculose. L'efficacité du traitement fut d'abord renforcée par les PAS (acide para amino salicylique) avant de connaître une vigoureuse impulsion à partir de 1952, avec l'apparition d'une substance mieux tolérée, l'isoniazide. Or, il est évident qu'il ne saurait être question de transposer en Afrique les mêmes méthodes de lutte qu'en Europe compte tenu de plusieurs facteurs (urgences et ampleur du problème, spécificités du continent, déficit matériel et de personnel qualifié, etc.). Par ailleurs, l'idée émise autour d'un projet de lutte antituberculeuse fut sérieusement compromise par le problème de crédits²⁷⁴.

Dès lors, quels programmes, quelles actions d'urgence faut-il déployer au Sénégal ? D'autant plus qu'à la fin des années 1940, l'infection bacillaire intègre la « pathologie médicale courante » du Sénégalais²⁷⁵. En effet, les campagnes de

273. Sankalé M, Payet M, *Epidémie et prophylaxie des endémies dominantes en Afrique Noire*, préface de F. Blanc, p. V, Masson et Cie.

274. Sénécal J, Boiron H, « L'endémie tuberculeuse chez l'enfant africain ». (190-199) in CIE (éd.) *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. (Brazzaville, 8-13 déc. 1952). Paris : CIE (Réunions et Conférences, IV), p.188.

275. Sankalé M, Pène P, *Médecine sociale au Sénégal*. Dossiers Africains. Afrique Documents No 1 1960, p.13.

cuti-réaction menées à l'orée des années 1950 montrent que le Sénégal semble fortement tuberculisé²⁷⁶. La distribution géographique indique les villes côtières dans la mesure où, à l'échelle du territoire, la tuberculisation est fortement marquée suivant un « triangle limité au Nord par Kelle, à l'Ouest par Dakar et au Sud par Foundiougne »²⁷⁷. La forte concentration humaine et surtout le développement de l'alcoolisme dans la Petite Côte et en Basse Casamance favorisent une forte diffusion de la tuberculose dans ces contrées.

La stratégie préconisée, qui considère la tuberculose comme un problème de santé publique et non un problème clinique appelle deux approches.

La première, qui consiste à suivre les grandes lignes de la lutte contre les maladies contagieuses, suppose la découverte des cas et neutralisation des sources de contagion. La seconde s'articule autour des principes de l'administration sanitaire lesquels consistent à appliquer les mesures de lutte sur une grande échelle, celle de la collectivité, et non plus de quelques individus (militaires, fonctionnaires, écoliers). C'est sur la base de ces principes que furent adoptés la thérapie (traitement fixe dans les structures sanitaires couplé à un traitement ambulatoire) et la prophylaxie (prévention).

S'il est admis que la tuberculose est traitée dans les hôpitaux généraux et les dispensaires, il n'en demeure pas moins que le traitement ambulatoire s'impose dans les villes à l'image de Dakar par l'ampleur du problème, le déficit chronique de lits spécialisés ; il s'y ajoute le refus pour la majorité des travailleurs africains d'abandonner leur travail qui rend nécessaire le traitement ambulatoire afin de les « négativer » le plus rapidement²⁷⁸. L'objectif visé est de traiter le maximum de patients par leur négativation. Toutefois, un tel mode de

276. *Ibid.*

277. *Ibid.*

278. Sanner L « La tuberculose », in *Tâches et problèmes de la santé publique en AOF No Spécial Bulletin Médical de l'AOF* novembre 1954, p 69-114. p 101

traitement nécessite des locaux et un matériel pour les traitements par injections (streptomycine, isoniazide) et la mise au repos des malades pendant la journée²⁷⁹.

L'approche préventive, pour sa part, vise à maîtriser la progression de la bacillose et à réduire le potentiel d'infection par la lutte contre les formes aiguës des malades chroniques qui continuent à expectorer.

Après le second conflit mondial, apparaissent des divergences d'approches entre les points de vue des spécialistes et ceux des autorités sanitaires dans leur manière d'aborder et de résoudre les problèmes de santé. Ainsi, le vif débat opposant les partisans de la médecine individuelle et curative à ceux de la médecine de masse, préventive et sociale (Public Health Approach des Anglais) retentit largement sur les programmes de lutte antituberculeux²⁸⁰. D'ailleurs, dès 1953, le Directeur de l'OMS estimait que « le jour approche où les Services de la Santé Publique s'attacheront davantage à la tuberculose infection qu'à la tuberculose clinique »²⁸¹. Une telle approche privilégie la diminution des virus en circulation par la stérilisation des porteurs (négativation des germes) au détriment des cures coûteuses réalisées sur les malades qui ne sont pas disséminateurs de bacilles. Quant au Centre de phthisiologie, sa mission consiste au dépistage systématique urbain (collectivités, entreprises, fonctionnaires, écoles, main d'œuvre) ainsi qu'à l'examen des patients (clinique, radiologique, bactériologique, bronchoscopique).

Après des années de lutte antituberculeuse, les résultats de l'arsenal thérapeutique semblent assez mitigés au point d'être comparés, par certaines autorités sanitaires avisées, à « l'effet de la lance du pompier sur l'incendie...

279. *Ibid.*

280. Sanner L, *op. cit.* p. 98.

281. *Ibid.*

plus spectaculaire... cependant le feu qui couve au fond des poumons engendre, à la longue, des dégâts combien plus dramatiques»²⁸². Aussi, certaines autorités suggèrent-elles de privilégier la méthode prophylactique axée sur le dépistage et le traitement aussi précoce que possible du tuberculeux pulmonaire. Il s'agit, dans ce contexte, d'aller au devant du malade qui ignore souvent sa maladie pour le soustraire rapidement du milieu qu'il contamine, soit en l'isolant dans un établissement de cure, soit en guérissant la lésion qu'il porte

Dans tous les cas, une campagne de lutte, pour être efficace, devrait privilégier plusieurs approches. Celles-ci devraient dépasser le cadre médical (prophylaxie et thérapeutique) pour intégrer la dimension sociale, économique. Surtout que des manifestations conduisant à un arrêt de travail impliquent des mesures d'ordre administratif, une thérapeutique active et des implications sociales et économiques²⁸³.

c-2 Difficultés et limites des campagnes de lutte antituberculeuse

La lutte antituberculeuse en milieu africain, plus précisément au Sénégal rencontre plusieurs obstacles liés d'abord à la faiblesse de la capacité hospitalière et de l'indice lits/population, à la pénurie de services spécialisés (centres de phthisiologie et de dispensaires antituberculeux), à l'absence de sanatoriums, de préventoriats et d'aériums auxquelles s'ajoutent des carences liées à la médecine du travail d'entreprise et à la sécurité sociale²⁸⁴.

A l'échelle de la colonie, même à Dakar, les autorités sanitaires déplorent

282. Bergeret C, Roustaing M, « Note sur la tuberculose pulmonaire à Dakar », *BMAOF* 1946, Tome III, Fascicule 2, pp.247-251, p.248.

283. *Idem.*

284. Sanner L, *op. cit.*, p.97.

le manque de structures spécialisées obligeant ainsi chaque service à recevoir des tuberculeux, les soigner avant de les suivre en consultations externes. Ainsi, dans le service de pédiatrie, faute d'isolement, il est impossible de garder les enfants cracheurs qui sont référés vers la section tuberculose des maladies infectieuses. Ensuite, la pénurie de personnel qualifié, les difficultés budgétaires et l'absence de dépistage précoce collectif ou individuel, hormis les militaires et la population scolaire représentent des obstacles majeurs à la lutte antituberculeuse. Les difficultés budgétaires ne doivent-elles pas impliquer une association de programmes (comme ceux de la tuberculose et des tréponématoses) ?

On aura garde d'oublier les difficultés de suivi, l'ampleur des désertions qui incitent à la promotion de traitements rapides et définitifs.

Au quartier de la Médina, les infirmières visiteuses affectées au service de dépistage déplorent la disparition des patients pour regagner leur village dès que leurs symptômes se sont amendés, ainsi que le découragement des malades devant une thérapeutique d'aussi longue haleine que la collapsothérapie²⁸⁵. Le problème est d'autant plus crucial que le patient arrive souvent avec « une gravité et l'étendue des lésions pulmonaires constatées lors du premier contact entre le malade et le médecin : infiltration massive, micro ou macro nodulaire, lobite excavée, envahissement ulcéro-caséeux, plus rarement fibreux, des deux plages pulmonaires, cavernes multiples, cavernes géantes ; tels sont les bilans habituels de nos examens radioscopiques »²⁸⁶.

Le discours des autorités autour de la réticence des indigènes pour expliquer les perdus de vue devrait être sensiblement relativisé. En effet, régler l'épineux problème des perdus de vue (provenant de malades non admis à

285. Bergeret C, Roustaing M, « Note sur la tuberculose pulmonaire à Dakar », *BMAOF* 1946, Tome III, Fascicule 2, pp.247-251, p. 251

286. *Idem*.

l'hôpital, faute de places, ceux qui refusent l'hospitalisation et les malades sortis non guéris) reviendrait à épargner aux malades les longues attentes, à leur fixer des rendez-vous précis seuls gages de fidélité et d'assiduité des malades.

L'idée de création d'un village (hôpital sanatorium) aux environs de Rufisque par le médecin Général Mercier afin de résoudre le problème de l'isolement des tuberculeux ne dépassa guère l'état de projet²⁸⁷.

Enfin d'autres facteurs tels les conditions défectueuses de la vie surtout en milieu urbain (taudis, promiscuité, insalubrité), la pauvreté et les déficiences alimentaires sont à prendre en compte. La densité de la population, de même que l'importance du régime alimentaire favorisent la contamination massive. Dans ce contexte, on peut comprendre que l'amélioration des conditions de vie, du régime alimentaire soit des éléments à prendre en compte dans la lutte antituberculeuse.

Une autre limite réside dans la place de la tuberculose dans la formation des personnels de santé. S'il est attesté que la tuberculose était prise en compte dans les curricula²⁸⁸, il n'en demeure pas moins que la forte orientation de la formation vers les pathologies exotiques pouvait constituer un obstacle majeur à la prise en charge de l'infection bacillaire aux colonies²⁸⁹. L'Union Internationale contre la Tuberculose reconnaît, dans sa réunion tenue à Paris en juillet 1955, des difficultés dans le diagnostic de la tuberculose en Afrique du fait d'une confusion souvent constatée dans une symptomatologie qui, la plupart, se réduit aux maladies tropicales, notamment le paludisme²⁹⁰.

287. Sénécal J, Boiron H, *op.cit.* p. 209.

288. Entretien avec M. Sankalé, Marseille 27 septembre 2007.

289. Union Internationale contre la Tuberculose 1955, *La Tuberculose en Afrique*. Résumé du Procès verbal d'une réunion qui s'est tenue à Paris les 4 et 5 juillet 1955, p.13.

290. *Ibid.*

En AOF, plus précisément à Dakar, des professeurs de médecine des plus avisés reconnaissent tout de même, la difficulté du diagnostic de la bacillose, notamment dans ses formes extensives ou formes généralisées miliaires. En effet, il est permis de supposer que « les mentions du billet d'entrée, purement symptomatique, [et, qui plus est] des plus diverses : hypothrepsie, pneumopathie aiguë, diarrhée, paludisme, etc. »²⁹¹ sont largement suffisantes pour attester de la méconnaissance, par certains professionnels de santé, de la tuberculose dans certaines de ses formes. On peut deviner aisément, dans un tel contexte, toute la peine à se reconnaître devant une symptomatologie aussi confuse.

Autant de raisons suffisantes pour les professeurs Sénécal, Raoult A, Michel L et Houssiaux J-P pour reconsidérer la formation des médecins²⁹². En vérité, « l'éducation de nombreux médecins est, en Afrique Occidentale, à refaire à ce point de vue. Il est urgent d'orienter les élèves médecins africains comme les médecins africains anciens venant en stage de fonctionnement, vers une formation radio-clinique qui les rendît capables de reconnaître l'affection »²⁹³. C'est compte tenu de ces suggestions que l'enseignement relatif au diagnostic de la bacillose dans ses diverses formes fut institué en 1951.

Le caractère militaire de la tuberculose, sa fréquence au sein des troupes pousse le pouvoir colonial à l'inscrire dans les priorités sanitaires. Malgré la récurrence du discours autour de la tuberculose comme « urgence » en Afrique du fait de sa gravité, dans la pratique, tout laisse penser que la tuberculose ne semble pas une priorité des autorités, notamment en milieu rural.

Deux arguments pourraient fonder une telle hypothèse. D'une part, la section tuberculose du SGHMP a été purement virtuel et les quelques mois de son fonctionnement, elle la doit au prêt de véhicules et matériel radiologique du

291. Sénécal J et alii 1952, *op. cit* p. 203.

292. *Ibid.*

293. *Ibid.*

Niger Les moyens matériels et humains ont toujours fait défaut. D'autre part, le monde rural fut délaissé au détriment des centres urbains à un moment où des études tendent à démontrer que l'Africain non transplanté (en milieu urbain) guérit de la tuberculose.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE VII

LES AUTRES PATHOLOGIES

Certaines pathologies (diarrhées, infections respiratoires, affections oculaires, syphilis) occupent une place importante dans la morbidité infantile. En effet, dès le début du XXe siècle, les diarrhées, infections respiratoires et les pathologies vénériennes figurent parmi les principales maladies affectant les enfants de la colonie²⁹⁴.

Alors que les diarrhées, les infections respiratoires et oculaires peuvent être corrélées à l'environnement, l'hygiène et les milieux de vie, la syphilis pour sa part, fut largement ciblée par les premières enquêtes démographiques comme le facteur essentiel à l'origine de tares congénitales, de stérilité, de mortinatalité et de mortalité importantes dans les colonies de la fédération. Au « péril vénérien » accusé de « fléau démographique », répond la mise en place d'une politique allant de la lutte contre la prostitution aux campagnes de masse foraines de la section tréponématoses en passant par l'érection d'un dispositif sanitaire fixe (dispensaires, postes de santé, hôpitaux, maternités, laboratoire) en charge d'assurer la « défense sociale » des populations africaines.

294. Cf Dr.Merveilleux, « Notes démographiques et protection de l'enfance à Saint-Louis », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales* 1906, Tome 9, pp. 132-139 ;

Lefrou G., Allard M, « Une décade démographique (1921 – 1930) à Saint Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortinatalité, mortalité infantile », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, 1932, Tome XXX, pp. 406 – 427.

1. Les maladies diarrhéiques

Principales causes de morbidité et de létalité infanto juvéniles du fait de leur fréquence et de leur gravité, les maladies diarrhéiques représentent une des affections pédiatriques qui, le plus, posent un problème de santé en Afrique tropicale. Syndrome relevant d'étiologies très nombreuses (microbiennes, parasitaires, virales et même nutritionnelles), les diarrhées viennent en tête des principales causes de mortalité entre 1 et 5 ans²⁹⁵. Alors que des avancées remarquables ont été enregistrées contre certaines grandes endémo – épidémies (la variole, la fièvre jaune, la tuberculose, les tréponématoses et plus tard la rougeole), les diarrhées chez l'enfant furent longuement négligées par les services sanitaires coloniaux (AMI, SGHMP) et post coloniaux. En vérité, longtemps durant, les services sanitaires ont orienté leurs actions vers la lutte contre les grandes endémies.

Et pourtant, les diarrhées figurent parmi les pathologies les plus fréquemment observées dans les statistiques de morbidité et de mortalité infantiles. Les maladies diarrhéiques occupent la seconde place pour les décès dans les formations sanitaires après le paludisme.

La pénurie de personnel qualifié, le manque de laboratoires pour les examens, la complexité du concept de diarrhée, de sa définition (dyspepsie, entérite, gastro-entérite, colite, entérocolite, toxicose) et de sa classification pourraient certainement expliquer la réticence du personnel à livrer des statistiques de même que l'absence de mesures préventives spécifiques contre les diarrhées²⁹⁶.

295. Sénécal J, Dupin H, « Les besoins nutritionnels de l'enfant au cours des premières années », *Les Carnets de l'Enfance* No 15, juillet septembre 1971 pp. 58-71, p. 61.

296. Sénécal J, « Place des diarrhées en pathologie infantile », *Journées Africaines de Pédiatrie*, Avril 1960.

S'agissant des diarrhées infectieuses, c'est en 1826 que Parrish décrit les diarrhées infectieuses dénommées à l'époque « diarrhée d'été ». Sa description ne put mettre un terme aux vives controverses générées par l'étiologie des diarrhées. S'il était admis pour certains les bienfaits de l'allaitement naturel, l'avènement de la révolution pasteurienne souleva un autre débat autour du lait de vache donné aux nourrissons et soupçonné de favoriser la prolifération des bactéries. Dans ce contexte, la stérilisation du lait de vache utilisé dans l'alimentation des nourrissons se concrétisa par la diminution dès les années 1920 des cas de « choléras infantiles ».

Dès cette époque, la théorie entérale infectieuse fut supplantée progressivement par la théorie parentérale. Celle-ci, défendue par Marfan, fut davantage approfondie en France par Ribadeau – Dumas qui, en 1937, souligna l'importance des infections parentérales, notamment des affections auriculaires²⁹⁷. Cependant, à la fin du second conflit mondial, la théorie entérale infectieuse est vite remise au devant de la scène du fait de l'avènement de l'antibiothérapie qui confirme l'étiologie infectieuse de la plupart des maladies diarrhéiques infantiles. Dès lors, furent isolées, à partir des selles, les principales espèces incriminées : *Salmonella*, *Shigella* et, plus tard, *E. Coli*.

Le colloque organisé à Genève en 1958 par l'OMS définit la diarrhée comme une augmentation du nombre ou une modification de l'aspect des selles qui sont fonction de l'alimentation et variables selon l'âge et les individus. Chez les nourrissons de 0 à 2 ans, on appelle diarrhée la présence de selles molles ou

297. Hamza B, « Les diarrhées infectieuses », Journées Africaines de Pédiatrie, Dakar, Avril 1960, pp. 138-173, p. 138.

liquides au nombre de 3 ou plus dans les 12 heures ou une selle molle ou liquide contenant du sang, du pus ou du mucus²⁹⁸.

Elle se manifeste au niveau de l'enfant de plus de 3 ans par des selles molles ou liquides au nombre de deux ou plus dans les 12 heures ou une seule selle molle ou liquide contenant du sang, du pus ou du mucus.

Une telle définition réfère à deux caractères : la multiplication du nombre de selles d'une part et, d'autre part, la consistance plus molle ou liquide des selles ou bien la présence d'un élément anormal (pus, sang, mucus)²⁹⁹.

D'une manière générale, on distingue les diarrhées nutritionnelles, les diarrhées infectieuses à virus et les diarrhées parasitaires. Elle se manifeste souvent par une augmentation en eau ou en la présence de sang, de pus, de mucus, de lipides ou d'autres substances non digérées.

Dans la colonie du Sénégal, un classement étiologique effectué par les autorités sanitaires en 1947 annexait les maladies diarrhéiques aux « causes digestives » (gastro-entérite, colite). A l'échelle de la colonie, les statistiques, même lacunaires, mettent en évidence l'importance du facteur diarrhées dans la morbidité et la mortalité infantiles. En effet, les données statistiques, en dépit de leur caractère fragmentaire permettent cependant, ainsi qu'en témoignent certains chiffres, d'apprécier à sa juste valeur l'importance des pathologies diarrhéiques. En 1947, 39 % des décès avant la fin du sevrage enregistrés à l'hôpital de Saint-Louis sont reliés aux « causes digestives » ; dans la Vallée du Fleuve, ce chiffre s'élevait en 1956-57 à 19,2 % dans le groupe de 1 à 4 ans contre 29 % en 1960 avant la fin du sevrage.

298. *Ibid.*

299. *Ibid.*

Tableau 36 : Centre de PMI de Dakar 1956 - 1959

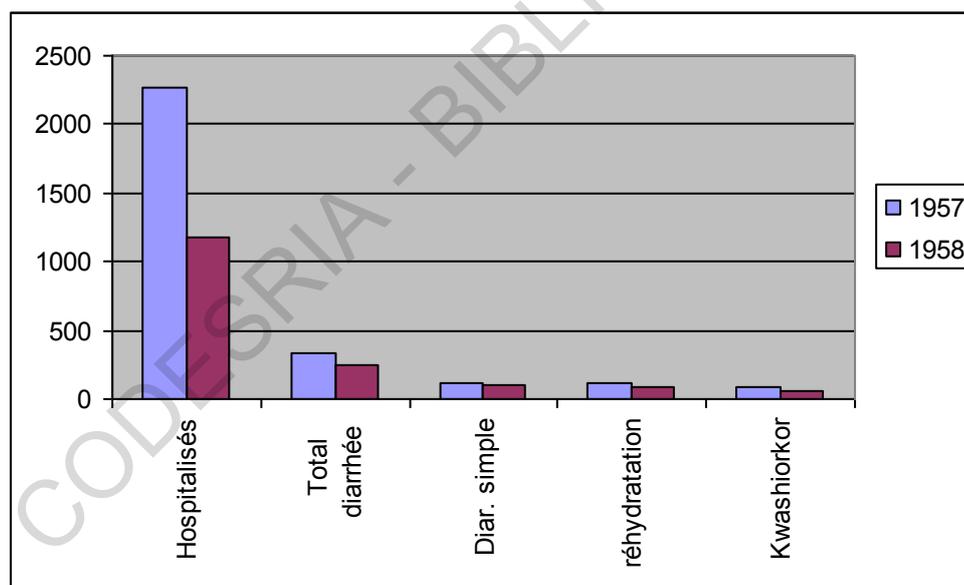
Nombre d'enfants vus	98540
Nombre de consultations	644727
Cas de diarrhées constatés	42994
Dont hospitalisés	436 déshydratations aiguës
Graves	690

Source : Sénégal J, « Place des diarrhées en pathologie infantile », *Journées Africaines de Pédiatrie, Dakar, Avril 1960.*

De 1956 à 1959, sur les 644727 consultations effectuées, 42994 étaient relatives à la diarrhée dont 436 nécessitèrent une hospitalisation urgente.

Durant la même période, 1922 enfants dont 690 hospitalisés étaient traités pour malnutritions du sevrage.

Graphique 28 : Hôpital Le Dantec. Service de Pédiatrie : les diarrhées en pathologie infantile



Source : Sénégal J, « Place des diarrhées en pathologie infantile », *Journées Africaines de Pédiatrie, Avril 1960.*

Tableau 37 : Taux de mortalité selon l'âge au service de Pédiatrie de l'Hôpital Le Dantec

	Total	0 - 6mois	7-12mois	13-18 mois	19 mois -plus	Inconnu
1957	122	44	49	14	8	7
1958 (1 ^{er} semestre)	80	32	28	11	5	4
Décès	49	23	9	9	4	4

Source : Sénécal J, « Place des diarrhées en pathologie infantile », *Journées Africaines de Pédiatrie*, Avril 1960.

Au service de pédiatrie de l'Hôpital Le Dantec, sur 202 cas de diarrhée avec déshydratation accusée hospitalisés en 1957 et durant le premier semestre de 1958, un taux de létalité particulièrement élevé a été observé. Ainsi, 124 décès sont relevés, soit 61 %. L'analyse des données montre l'importance des diarrhées à l'Hôpital Le Dantec en pathologie infantile ; elle indique aussi que les enfants de 0 - 12 ans sont les plus affectés (93 cas sur 122 en 1957 ; 60 cas sur 80). C'est aussi dans cette tranche d'âge où le taux de mortalité est plus relevé (32 décès sur 49). On comprend donc volontiers pourquoi il est beaucoup plus difficile de faire baisser la mortalité au cours de la première année qu'entre 1 et 4 ans.

Tableau 38 : Prévalence de la diarrhée dans la zone de Khombole (novembre 1957 – août 1958)

	Nombre d'enfants	Diarrhées	Décès
Khombole	726	121	4
Canton Fandène	2543	69	0
Canton Diack	2899	88	7

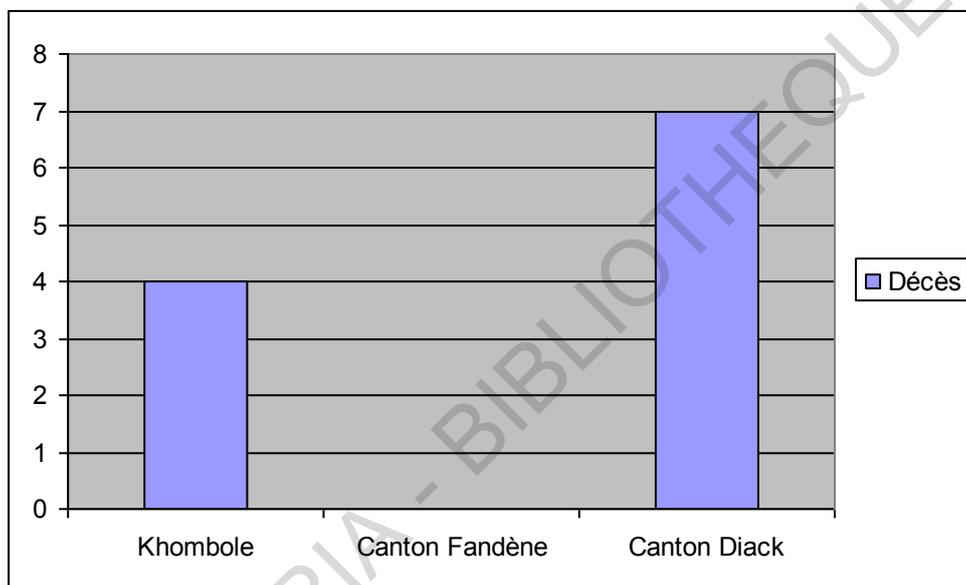
Source : Sénécal J, « Place des diarrhées en pathologie infantile », *Journées Africaines de Pédiatrie*, Avril 1960.

Au centre médical de Khombole, (petite ville de 4000 habitants en 1956), en une année (novembre 1957 – août 1958), sur les 726 enfants nécessitant 3382 consultations, furent relevés 121 cas de diarrhées et 4 décès. Les taux assez relevés observés à Khombole découlent de la permanence des consultations sur des enfants disposant de fiches. Le pourcentage de décès

relativement bas est lié à la création depuis 1957 d'un centre de PMI (relevant de l'Université de Dakar) qui dispose en permanence de deux infirmières diplômées d'Etat à même de prodiguer des soins de qualité aux enfants.

Alors que dans le canton de Fandène, aucun décès n'a été enregistré sur les 69 cas de diarrhées concernant 2543 enfants, à Diack, par contre, 7 décès sont signalés sur les 88 cas de diarrhées concernant 2899 enfants.

Graphique 29 : Place des diarrhées dans la mortalité infantile.



Source : Sénécal J, « Place des diarrhées en pathologie infantile », *Journées Africaines de Pédiatrie*, Avril 1960.

A l'analyse des données statistiques des cantons de Diack et Fandène, on est un peu pris par le doute. L'absence de décès noté à Fandène pourrait s'expliquer par la nature de la consultation itinérante. Aussi, les enfants qui ne disposent pas de fiches, n'ont-ils été vus que deux fois l'année. A Diack, village Sereer au mode de vie différent de celui de Fandène peuplé de Wolofs et de Sereer, les décès sont relevés surtout pendant l'hivernage qui coïncide avec la soudure propice aux pathologies nutritionnelles et l'humidité favorable aux

parasitoses. Autant de facteurs qui créent les conditions favorables à la fragilité biologique et, ce faisant, à la mortalité.

Après l'indépendance, les maladies diarrhéiques occupent une place importante dans le tableau nosologique. En effet, les diarrhées des première et deuxième enfances, qui génèrent rapidement une déshydratation irréversible, occupent 30% des consultations dans les structures sanitaires rurales³⁰⁰.

Dans le Sine, la diarrhée figurait, en 1963-65 au premier rang des circonstances déclarées de décès avec 19 %. Dans la capitale, la diarrhée était, en 1968 la première cause déclarée des décès dans le groupe 1-4 ans, 287 cas étant enregistrés, soit 19,4 %.

Pourtant, l'affection est banalisée à cause de sa fréquence. De plus, les maladies diarrhéiques chez un enfant de moins de deux ans sont perçues, non comme une maladie, mais plutôt comme une conséquence de la percée des dents. D'ailleurs, l'absence ou la rareté des selles sont considérées comme des pathologies, les mères estimant le nombre de selles quotidiennes à 4 ou 5. Au-dessous de ce chiffre, le jeune enfant de 1 à 3 ans, considéré comme constipé, recevait dans certaines sociétés, un lavement grâce à une longuealebasse percée à la base. L'enfant est maintenu par les pieds, jambes écartées, tête en bas. L'orifice supérieur de laalebasse dont l'extrémité effilée est introduite dans le rectum de l'enfant reçoit des coups de souffle. Le lavement, effectué avec de l'eau tiède mélangée d'huile de palme ou d'huile d'arachide, peut être nocif si l'huile est préalablement additionnée de piment qui peut être une source constante d'irritation de la muqueuse intestinale.

300. Ly A, Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sénégal, Exposé *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, CIE, Réunions et Conférences XIV, Institut de Pédiatrie Sociale. Dakar, février 1967, p. 12.

Les maladies diarrhéiques impliquent un tragique paradoxe eu égard au dilemme de l'alimentation qu'elles posent. D'une part, aux besoins énergétiques de base de l'enfant, s'ajoute le remplacement des pertes dues à la diarrhée ; d'autre part elles occasionnent souvent une diminution de l'appétit et des capacités d'absorption des aliments par l'intestin.

Diarrhée et environnement sont fortement associés. L'approvisionnement en eau, les installations pour l'évacuation des eaux d'égout, les pratiques sanitaires du ménage sont corrélés aux maladies diarrhéiques. La prévalence de l'insalubrité et des maladies infectieuses dans le voisinage immédiat est un déterminant de risque d'infection et de maladie.

Les maladies diarrhéiques affectent particulièrement le groupe des jeunes enfants de 6 à 11 mois et de 12-23 mois. Ces périodes correspondent aux moments d'introduction d'aliments autres que le lait maternel, de sevrage et aux âges où les enfants commencent à explorer leur environnement immédiat.

Les maladies diarrhéiques, le paludisme et la malnutrition se combinent souvent de façon synergique pour influencer sur la santé et la mortalité des nouveau-nés et des enfants.

La lutte contre les diarrhées suppose une large diffusion de règles strictes d'hygiène. La lutte contre la prolifération des mouches, insectes, le péril fécal, la propreté des aliments (légumes, fruits, l'hygiène du lait), la promotion de l'allaitement maternel ainsi que l'accès à l'eau potable furent les principaux piliers sur lesquels s'appuyèrent les autorités sanitaires pour faire reculer le « fléau diarrhéique ».

Quant aux traitements des diarrhées, notamment infectieuses, il fut, d'une manière générale, relativement facilitée par l'avènement des antibiotiques

à action intestinale (antibiothérapie). Après l'utilisation des sulfamides dès 1943 par Henderson, cinq plus tard, fut employée la streptomycine seule ou en association avec les sulfamides. Ce ne fut qu'après que l'auroéomycine, le chloramphénicol et la terramycine vinrent renforcer l'arsenal thérapeutique. S'y ajoute la réhydratation pour arrêter la diarrhée profuse et la déshydratation.

S'agissant des médications locales, les docteurs Rançon et Garnier, dans des thèses publiées successivement à Lyon en 1886 et à Montpellier³⁰¹, donnent des éclairages sur l'utilisation du baobab dans le traitement des diarrhées et dysenteries au Sénégal. Aux dires du docteur Rançon, « on prend des feuilles de baobab ou gouye en yolof. On les broie légèrement dans l'eau et on fait chauffer. La liqueur est filtrée à travers un linge. Les feuilles séparées de l'eau et connues sous le nom de Lalo son placées en cataplasme sur le ventre du malade, l'eau lui sert de tisane pendant les premiers jours de la maladie. Cette boisson laxative facilite les selles. Le cataplasme du Lalo, très émollient, prévient les coliques. Le fruit de baobab, nommé pin de singe, en yolof bouye est également légèrement laxatif. On en fait une tisane d'un goût agréable qui est administrée pendant tout le cours de la maladie. Le pain de singe est considéré par tous les indigènes comme le médicament antidysentérique par excellence»³⁰².

2. Les infections respiratoires

Les infections respiratoires représentent l'une des affections pédiatriques les plus répandues au Sénégal. Un classement étiologique effectué par l'Assistance Médicale Indigène en 1927 faisait figurer les infections respiratoires aux premiers rangs des facteurs de morbidité et mortalité infantiles³⁰³. Selon les

301. Garnier, *Souvenirs médicaux du poste de Sédhiou*. Thèse 1888, Montpellier

Rançon, *Dysenteries endémiques des pays chauds et notamment au Sénégal*, Lyon, 1886.

302. Lanco A, « Le Baobab », *Médecine Tropicale* No 9, 1942, pp. 726-731, p.727.

303. ANS 1H25(26)

autorités médicales coloniales, « les principales causes de morbidité chez le nourrisson se résument aux affections de l'appareil respiratoire et au paludisme »³⁰⁴.

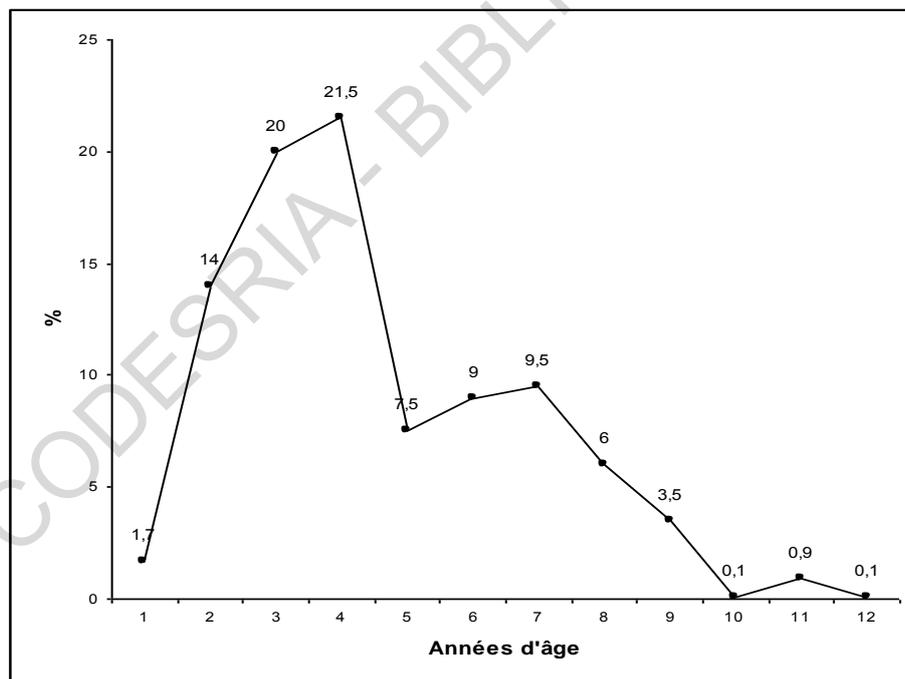
Souvent transmises par des adénovirus, la pathologie respiratoire (rhino-pharyngites, rhino-bronchites, bronchites, congestion pulmonaire) occupe une place importante dans le tableau nosologique infantile.

Graphique 30 : La rhinite chez les enfants au Sénégal en 1959-1960

ENQUETE SANTE
CINAM-ORANA 1959- 1960

1- RHINITE. Enfants de 0 à 14 ans

Zones rurales
ENSEMBLE DU SENEGAL



304. ANS 1H102(163)

Les infections respiratoires et l'environnement au sens large du terme sont largement associés. L'humidité du climat, l'insalubrité ambiante et l'insuffisance de précaution contre le froid impliquent une forte prévalence de la broncho-pneumonie.

Les maladies respiratoires à l'image des rhinites affectent sensiblement le groupe des jeunes enfants de 1 à 3 ans (14 % à un an, 20 % à 2 ans et 21,5 % à 3 ans) au moment où les enfants commencent à explorer leur environnement immédiat et, de surcroît, se trouvent exposés à la contamination par des agents pathogènes.

L'étude menée par la MISOES dans la vallée du Sénégal estime que l'essentiel de la mortalité infantile pendant les périodes post néo-natales est induit par des causes « exogènes », des facteurs du milieu et au premier rang, figurent les infections respiratoires et digestives. Dans le groupe d'âge de 0 mois, les infections respiratoires représentent 61 pour mille des circonstances de décès contre 98 pour mille dans la tranche d'âge de 1-11 mois.

3. Les affections oculaires : le trachome

Le Dr. Nataf, en 1953, définit le trachome comme « une affection chronique, spécifique, contagieuse de la conjonctivite caractérisée par une hyperplasie de cette membrane et par la formation, à son niveau, de nodules folliculaires. C'est une maladie non fébrile, à virus filtrables dans certaines conditions, sans retentissement ganglionnaire, évoluant avec lenteur, se propageant à la cornée et aboutissant à la formation de tissus cicatriciels »³⁰⁵.

La contamination qui s'effectue essentiellement durant l'enfance, presque bénigne à l'état pur, s'aggrave lors de complications surajoutées notamment avec le « trichiasis » qui agresse la cornée et peut être facteur de cécités.

305. Bouvet C. et al, « Le trachome dans les écoles de Dakar en 1955-56. Fréquence, épidémiologie, traitement », *Médecine Tropicale* No 6 1941, pp. 338-343, p. 338.

Pendant longtemps, l'immunité naturelle de l'Africain vis-à-vis de cette virose a été admise comme un dogme. En attestent les travaux de Siniscal (1952), Moutinho (1949), Miraglia (1958) et Thygeson. Pour ce dernier, à l'image des autres, la résistance des cellules conjonctivales nègres aux inclusions virales trachomateuses résulterait de leur pigment difficile à infecter³⁰⁶.

C'est en 1907 que les recherches menées par Prowazek et Ralberstucdter de Java aboutissent à l'identification des inclusions, souvent épithéliales identiques à celles retrouvées dans les autres conjonctivites.

Au début des années 1950, fut ouverte « l'ère Ricketsoïdienne » avec les chercheurs Gunod et Nataf qui déterminèrent la classification du virus dans la famille « *Myaga Welloses* »³⁰⁷. Ce n'est qu'après que le Japonais Tsuttsui après isolement et purification du virus centrifugé au méthanol, procéda à sa photographie par ultramicroscope.

Les statistiques sanitaires, souvent muettes jusqu'aux années 1920, font état de la fréquence du trachome dans la fédération à partir de 1930. A la veille de la seconde guerre mondiale, 9726 cas de trachome ont été traités en AOF. Le seul cas européen dénombré parmi ces statistiques dénote de sa forte prévalence essentiellement en milieu africain. Parmi les colonies les plus touchées, figurent le Soudan, le Sénégal et la Côte d'Ivoire³⁰⁸.

Affection répandue dans la population infantile, le trachome, source de cécité, a longtemps durant, posé un sérieux problème de santé publique. Pendant

306. Quere M.A et al, « L'endémie trachomateuse en milieu rural au Sénégal (à propos d'une enquête effectuée à l'école de Khombole en 1965_1966) ». in *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, CIE, Réunions et Conférences XIV, Dakar 1967, pp. 171-173, p.172.

307. Bouvet C. et alii, op.cit, p.340.

308. Anonymée « Les maladies endémo-épidémiques observées dans les colonies françaises et les territoires sous mandat pendant l'année 1939 ». *Médecine Tropicale* 1941, No 6, pp 865-866, p.865.

la période coloniale, l'infection trachomateuse sévissait à l'état diffus dans le territoire du Sénégal et représentait la plus grande menace de cécité. A la Polyclinique Roume, furent traités, en 1939, 697 patients atteints d'affections oculaires dont la moitié était constituée de trachomateux³⁰⁹.

Au Sénégal, la nomenclature nosologique sommaire signale les régions sablonneuses du Kayor et du Jolof ainsi que le Sine Saloum et la Casamance comme les zones les plus contaminées avec plus de la moitié des 2006 malades atteints de trachome traités en 1939.

La carte épidémiologique dressée à la veille de l'indépendance laisse apparaître une prévalence sur l'ensemble du pays avec des taux différents selon les régions. La région septentrionale est la plus éprouvée en liaison aux facteurs climatiques. Dans le Nord du bassin arachidier, il sévit à l'état endémique, surtout dans les zones de Kébémér et Diourbel. L'enquête réalisée en 1959 signalait un taux de trachome infantile « évident » de 22 %, chiffre qui mérite d'être réajusté au regard d'un taux de prévalence de conjonctivites granuleuses de 50 %.

En effet les taux de 10 % à l'âge scolaire (niveau national) fournis par l'enquête rurale de 1958 paraissent fortement sous-évalués en raison de l'absence d'une prise en compte des lésions débutantes, des formes discrètes et granuleuses qui, bien que non pathognomoniques « sont rangées dans le chapitre « conjonctivites granuleuses » sans préjuger de leur origine »³¹⁰. Ainsi, en 1959, 12 000 enfants étaient affectés par l'infection trachomateuse dans la zone sylvo-pastorale. Les taux réels devraient s'élever à 55 % dans le Nord et entre 10 et 35 % dans le reste du pays exempté la Casamance (5 %) où un recul de l'infection fut enregistré suite aux campagnes d'éradication de masse.

309. *Ibid.*

310. CINAM, *op. cit.*, p.63.

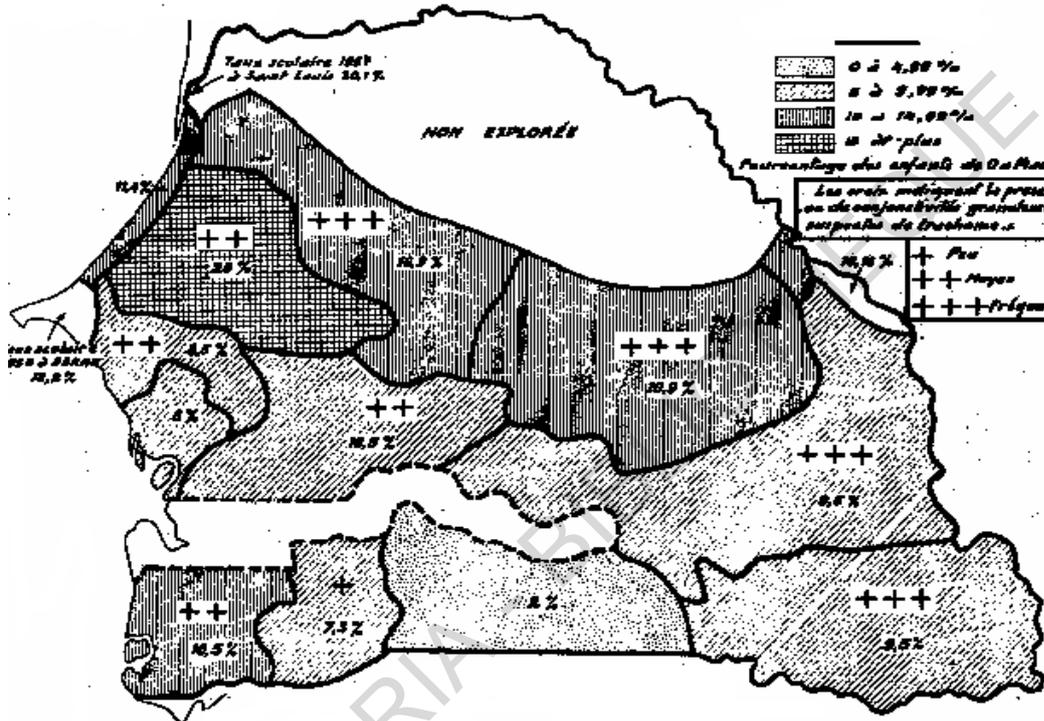
Les conditions écologiques dans la zone sylvo-pastorale caractérisée par la forte chaleur exposent les enfants à l'infection trachomateuse. D'ailleurs, dans certaines parties de la zone sahélienne, le taux d'enfants trachomateux peut atteindre 80 %. En fait, cette maladie infectieuse est due à un germe dénommé *chlamydia trachomatis* qui touche les enfants dès le bas âge pour évoluer progressivement de sorte que les femmes sont réinfectées au contact des enfants dont elles ont la charge.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Carte 6 : Le trachome chez les enfants den 1959-1960

ENQUETE SANTE
CINAM-ORANA 1959- 1960

TRACHOME
patent et cicatriciel
Enfant de 0 à 14 ans



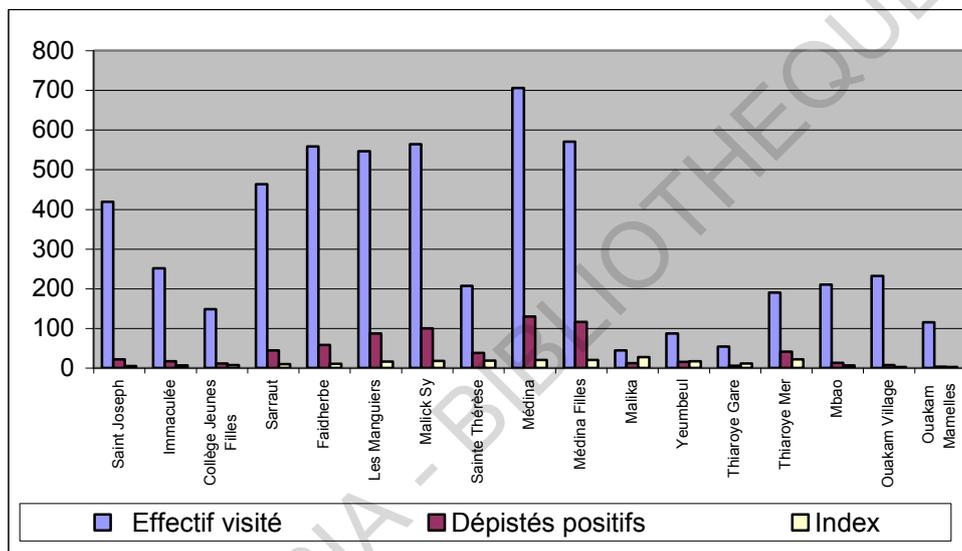
NB : l'enquête a été faite deux ans après le traitement systématique entreprise en haute Casamance par le SGHMP et dont on voit ici l'excellent résultat.

La carte faisant état de la prévalence du taux de trachome patent et cicatriciel en milieu rural montre que l'infection évolue en fonction de l'âge. L'indice de gravité s'intensifie de 1 à 4 ans, les taux passant du simple au double. La courbe, après un fléchissement à l'âge de 5 ans prend une pente ascendante avec une pointe de 16 % à 6 ans.

Au total 55 % des enfants de 0 à 14 ans sont porteurs de conjonctivites et 15 à 25 % d'entre eux sont affectés de conjonctivite granuleuse, suspecte de trachome.

En milieu scolaire, les enquêtes réalisées dans des écoles urbaines indiquent des taux de 20,1 % à Saint-Louis en 1956 et 13,2 % à Dakar en 1955. Dans la capitale fédérale, sur 5414 écoliers visités, 720 trachomes évolutifs furent dépistés³¹¹.

Graphique 31 : Distribution du trachome en milieu scolaire dakarais



Source : Bouvet C. et alii, « Le trachome dans les écoles de Dakar en 1955-56. Fréquence, épidémiologie, traitement », *Médecine Tropicale* No 6 1941, pp. 338-343, p. 339.

D'un quartier à l'autre, d'un village à l'autre, l'index est variable compte tenu de plusieurs facteurs. Malika est le plus touché du fait de sa position géographique ; enserré dans des dunes, le village est soumis aux vents de sable, aux tourbillons et à la poussière qui exposent les enfants du village, plus que les autres, à l'affection. La majorité des écoliers de la Médina et ses environs ont un

311. Bouvet C. et alii, « Le trachome dans les écoles de Dakar en 1955-56. Fréquence, épidémiologie, traitement », *Médecine Tropicale* No 6 1941, pp. 338-343, p. 339.

index oscillant entre 15 et 20 (Malick Sy, Manguiers, Médina Filles, Médina) à cause de la proximité des marchés, notamment Tilène qui favorise la prolifération des mouches vectrices. Quant aux faibles taux relevés dans les écoles Sarraut et Faidherbe, ils doivent être recherchés dans les conditions de ce milieu relativement aisé (enfants de fonctionnaires, hygiène et conditions alimentaires plus favorables).

Une autre étude, menée la même période à Saint Louis confirme les mêmes tendances. Sur un lot de 3144 élèves répartis dans différentes écoles, l'index moyen s'élève à 18,32% pour les Européens et 20,1% chez les Africains³¹². Toutefois, les variations sont très importantes et vont de 10 à 40%. Les index les plus élevés sont observés dans les quartiers africains les plus pauvres (41,5% à Guet Ndar, village de pêcheurs, insalubre exposé aux mouches, non loti et 35,28% à Ecole Diallo) alors que les plus faibles sont relevés dans les secteurs relativement aisés et bien aménagés (Duval 13,77%, Brière de L'Isle 13,50%).

Comparé au reste du Sénégal où les taux observés varient de 10 à 40% voire plus, l'index de Dakar paraît beaucoup plus modeste. Une enquête menée dans les écoles primaires de Khombole illustre, on ne peut plus clairement, ce différentiel rural – urbain³¹³. Ainsi, sur les 610 enfants examinés, 379 avaient des stigmates évidents de trachome, soit 62,1% même si une faible proportion présentait des complications³¹⁴. Ces taux particulièrement élevés doivent être mis en rapport avec la période de l'enquête qui s'est déroulée après une explosion

312. Vola J, « Etablissement de l'index trachomateux dans les écoles primaires de Saint Louis du Sénégal », *Bulletin Médical de l'AOF* 1957, Vol II, No 4, pp. 425-431, p.431.

313. Quere M.A et alii, « L'endémie trachomateuse en milieu rural au Sénégal ». in *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, CIE, Réunions et Conférences XIV, Dakar 1967, pp. 171-173.

314. *Ibid.*, p. 172.

d'épidémie dans la zone en 1964. Milieu au sol sablonneux « favorable aux micro-traumatismes cornéens répétés »³¹⁵, largement ouvert vers l'extérieur à cause de la voie ferrée et de la route, on peut comprendre le lourd tribut payé au trachome par les enfants de la localité. Autour de la localité, dans les villages environnants, des index plus accusés ont été relevés. L'index par tranches d'âge indique que les enfants de 13-14 ans sont plus sévèrement atteints (66,70 – 74,81%) ; puis suivent ceux de 8 ans (68,80%) et enfin ceux âgés de 10 – 12 ans (37,40 – 50,61)³¹⁶.

Le Comité d'Experts du Trachome de l'OMS lors de sa première réunion à Genève du 3 au 8 mars 1951 a soumis un ensemble de recommandations relatives aux méthodes de traitement et de prévention du trachome, notamment dans les territoires sous-développés³¹⁷. Figurent parmi les principes de lutte contre le trachome dans les colonies le dépistage et le traitement des malades, une éducation sanitaire rationnelle adaptée aux conditions locales, la destruction des agents vecteurs et un assainissement du milieu (élimination des mouches considérées comme responsables de la dissémination des conjonctivites saisonnières). Quant à la chimio prophylaxie préconisée, elle repose sur l'application toutes les trois heures d'antibiotiques (auréomycine et terramycine à 1%) dans le sac conjonctival associée à l'absorption de sulfamides répartie en quatre prises quotidiennes.

A la fin des années 1940, un Institut du Trachome fut créé à Bamako et à partir de 1954, le dépistage du trachome figure parmi les priorités du S.G.H.M.P. En milieu scolaire, la lutte anti trachomateuse repose sur certains principes : association du corps enseignant et promotion de l'enseignement de

315. *Ibid.*, p. 171.

316. *Ibid.*

317. *Revue Internationale du Trachome*, No 4, 1952.

l'hygiène et de la prévention à l'école, création de pharmacies scolaires dotées de collyres antiseptiques, dépistage et traitement du trachome par l'Inspection Médicale des Ecoles.

C'est après l'indépendance que l'affection fut maîtrisée suite aux campagnes anti trachomateuses de masses menées sur l'ensemble du territoire (prophylaxie de masse, dépistage avant 5 ans dans les PMI).

4. Les tréponématoses tropicales

Maladies très apparentées, la syphilis et le pian appartiennent à la famille des tréponématoses. D'une manière générale, on distingue la syphilis endémique ou bétel (syphilis arabe de Hudson) et la syphilis vénérienne. Alors que la syphilis endémique ou bétel (syphilis arabe de Hudson) sévit dans les régions saharienne et présaharienne, la syphilis vénérienne, par contre, favorisée par l'urbanisation et l'essor des échanges et des communications, est plus répandue en AOF. Les lésions les plus fréquemment observées s'affilient à la syphilis secundo-tertiaire, aux complications viscérales (maladie de Hodgson, anévrisme de l'aorte).

Le discours sur les tréponématoses tropicales et exotiques, entretenu pendant longtemps par l'imaginaire colonial relevait plus sur des impressions, stigmatisations et préjugés que sur des études scientifiques axées sur la clinique et la sérologie. En effet, nonobstant le genre de vie qui est à la base de la propagation des tréponématoses, la notion de syphilis exotique, divulguée par l'idéologie coloniale, nourrie d'une forte dose d'eugénisme, mettait en avant la race et, ce faisant considérait les Noirs comme des réservoirs de tréponématoses. Avant la deuxième moitié du XXe siècle, le discours sur le microbe, diffus et ambiant, mis en avant par le colon insistait sur la dangerosité de la contagiosité

du Noir, particulièrement dans le domaine des maladies vénériennes et des tréponématoses.

a) Les pathologies vénériennes ou maladies sexuellement transmissibles (MST) : la syphilis

a-1 Les MST dans le tableau nosologique colonial : ancienneté et distribution

Au Sénégal, la prise en charge des MST remonte à la deuxième moitié du XIX^e siècle. Elle s'est traduite d'une part par la mise en place d'infrastructures, d'institutions et d'une législation ainsi que par des mutations dans les professions de santé (infirmières visiteuses, assistantes sociales, médecine sociale). D'autre part, elle se caractérise par des dispositifs mis en place pour assurer le contrôle social, notamment des malades, et singulièrement les prostituées. L'approche réglementariste, pilier du système prophylactique de lutte contre la prostitution et la diffusion des maladies vénériennes révèle des limites réelles. Le système trouve ses failles dans l'approche assez rigoriste, centrée essentiellement sur le contrôle des filles publiques même si les autorités sanitaires et administratives reconnaissent la prévalence des maladies vénériennes chez certains groupes à risques notamment des hommes à l'image des chauffeurs et des militaires. Malgré le contrôle sur le corps de la femme accusée de diffuser les pathologies vénériennes et de polluer la société, la fille publique, soumise au contrôle médical et policier, essaya, par divers moyens, comme à Saint-Louis aux XIX^e et XX^e siècles, de contourner le dispositif de coercition sociale³¹⁸.

318. Ngalamulume K.J, « Le péril vénérien. L'Etat français et la sexualité à Saint-Louis du Sénégal, 1850-1920 ». in *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, s/d Bado J.P, Karthala 2006, pp. 99-118, p. 101.

a-1-1 De l'ancienneté des maladies vénériennes dans le Sénégal colonial

A partir de la seconde moitié du XIXe siècle, les conséquences dévastatrices de la syphilis notamment dans les villes coloniales et au sein des troupes constituent une préoccupation des autorités coloniales. En effet, les journées d'hospitalisation et d'indisponibilité observées chez les militaires³¹⁹ et les célibataires européens ont un impact réel sur le rendement des troupes non seulement dans les opérations de conquête, mais aussi de pacification.

Tableau 39 : Syphilis dans les hôpitaux civils et militaires du Sénégal

Années	Nombre de journées			Nombre de cas			Nombre de décès		
	Europ.	Indig.	Total	Europ.	Ind.	Total	Europ.	Ind.	Total
1905	753	2886	3639	24	70	94	–	1	1
1906	583	2458	3041	21	56	77	–	–	–
1907	950	3569	4519	29	73	102	–	5	5
1908	805	4365	5170	29	83	112	–	6	6
1909	725	2518	3243	28	85	113	–	5	5

Source : Dr Merveilleux, « Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.) », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, pp. 676-704, p.696

A la fin du XIXe siècle, les pathologies vénériennes occupent une bonne place dans le tableau nosologique, surtout dans les villes coloniales comme de Saint-Louis.

319. ANS Fonds AOF H 9 (159) Lettre du colonel Pujol à Gouverneur Général de l'AOF, No 149 datée du 4 juin 1897.

Tableau 40 *Maladies relevées à Saint-Louis pendant la décennie 1888 - 1898*

Catégories de maladies	1889	1891	1893	1895	1898
Syphilis*	63	45	31	26	33
Maladies chirurgicales	55	51	21	31	45
Béribéri	30	11	10	49	14
Fièvre	a29/1	18/11	18/4	25/6	3/17
Dysenterie	27	29	29/76	40	16/5
Variole	16	–	–	15	1
Bronchite	15	14	16	10	7
Maladies génito-urinaires*	11	7	5/8	8/7	12/12
Dengue	9	–	–	2	–
Maladies oculaires	9	1	7	10	5
Maladies de la peau	7	7	8	7	6
Blennorragie/adénite*	3	–	–	–	–

Source ANS H 16 Tableau synoptique des maladies et mouvements des malades pendant la période décennale 1889-1898.

NB *a Européens* *MST

Pendant la décennie 1888 – 1898, les MST, avec 77 cas en 1889, 52 en 1890 et 57 en 1898, occupent la première place parmi les maladies relevées à Saint-Louis, ville cosmopolite et disposant de plusieurs garnisons.

Tableau 41 : Maladies vénériennes relevées à Saint-Louis pendant la décade 1888 - 1898

Années Effectifs	Maladies génito-urinaires	Affections syphilitiques	Blennorragies et adénites
1889	11	63	3
1890	6	31	7
1891	11	45	7
1892	8	45	10
1893	8	31	5
1894	6	55	6
1895	8	26	7
1896	8	35	16
1897	9	23	7
1898	12	33	10
E	87	387	—
S	82	335	68
TD	5	52	68
PD	6%	13%	—

Source ANS *Fonds Sénégal colonial* H 16 : Tableau synoptique des maladies et mouvements des malades pendant la période décennale

E : Total des Entrants; S : Total Sortants; T.D : Total des Décès; P.D : Proportion des Décès

Tableau 42 : Maladies vénériennes observées à Saint-Louis 1900 - 1902

Catégories de maladies	1900			1901			1902		
	E	S	D	E	S	D	E	S	D
Maladies syphilitiques	37	30	7	87	82	5	88	85	3
Maladies vénériennes	18	18	—	52	42	10	60	54	6
Maladies des organes génito-urinaires	14	14	—	13	13	—	13	13	—

Source ANS *Fonds Sénégal colonial* H 197, Saint-Louis : Tableau synoptique des maladies traitées à l'hôpital civil
E : Entrées; S : Sorties; .D : Décès;

Pour les autorités médicales, la prostitution clandestine serait à l'origine des nombreux cas de syphilis. A Saint Louis, un arrêté en date du 29 mars 1849 mettait en place un dispensaire de salubrité publique destiné à contenir la prostitution clandestine en plein essor dans la vieille cité coloniale. En son article 3, le même arrêté soumettait les filles publiques à des visites médicales obligatoires au niveau du médecin de l'hospice, à une inscription sur un registre spécial et à la détention d'un livret sanitaire délivré par les autorités compétentes.

A Saint-Louis, le chef du Service de l'Intérieur, dans une correspondance adressée au médecin de l'hospice de la ville en date du 28 septembre 1882 constate, avec amertume, « la présence de la quantité considérable de maladies vénériennes qui infectent » la capitale de la colonie³²⁰.

La prise de mesures énergiques par les autorités (administratives, sanitaires, municipales et policières) s'imposait, compte tenu de la gravité des problèmes générés par les MST dans les villes coloniales, notamment à Saint-Louis. Le chef du Service de l'Intérieur ne dit pas autre chose lorsque, le 28 septembre 1882, il s'adresse au Dr Dubouch en ces termes : « J'ai l'honneur d'informer Mr. Le Médecin civil qu'en présence de la quantité considérable de maladies vénériennes qui infectent Saint-Louis, j'ai fait prendre des mesures pour la mise en carte et l'envoi régulier à la visite de l'hospice des filles de mauvaise vie. M. Dubouch devra examiner ces filles avec le plus grand soin et garder à l'hospice jusqu'à guérison complète celles qui présentent des tâches suspectes »³²¹.

320. ANS H42 (1874-1882).

321. ANS H 42 (1874- 1882).

A l'orée du XXe siècle, le docteur Merveilleux signale les ravages des maladies vénériennes comme du reste l'illustre le tableau suivant.

Tableau 43 : Autres maladies vénériennes dans les hôpitaux civils et militaires du Sénégal

Années	Nombre de journées			Nombre de cas			Nombre de décès		
	Europ.	Indig.	Total	Europ.	Ind.	Total	Europ.	Ind.	Total
1905	1766	3131	4897	69	119	188	–	–	–
1906	3392	3392	6784	114	128	242	–	–	–
1907	3538	4035	7573	118	147	265	–	–	–
1908	3953	6086	10039	133	182	315	–	–	–
1909	5355	4180	9535	196	155	351	–	–	–

Source : Dr Merveilleux, « Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.) », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, pp. 676-704, p.696

Le tableau indique une nette progression entre 1905 et 1909 des journées d'hospitalisation qui ont plus que doublé. La tendance semble beaucoup plus accentuée au niveau des Européens où les cas ont triplé (1766 cas en 1903 et 5255 en 1909).

Au décours des années 1920, le docteur Lhuerre signale les ravages des maladies vénériennes parmi les militaires et « les célibataires de toutes races [qui] font les frais d'aventures malheureuses » avec les prostituées indigènes³²². S'agissant des militaires, Lhuerre confirme la fréquence de maladies vénériennes aiguës lorsqu'il affirme : « Nous n'avons pas de données précises pour

322. Lhuerre H, « Les œuvres de sauvetage de l'enfance à Dakar », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, No 5, Tome 21, 1928, pp. 401-411, p.409.

déterminer le nombre d'hommes de troupes contaminés et rendus indisponibles pour un temps assez long. Leur santé s'en ressent et l'utilisation militaire des effectifs s'en trouve diminuée. Une lettre du Ministre des Colonies, en date du 25 janvier 1928, au sujet de l'état sanitaire des contingents indigènes au moment de leur débarquement en 1927, indique une fréquence de 10 % de maladies vénériennes aiguës. Il est probable que les recrues qui assurent la relève métropolitaine se laissent attirer par les prostituées à leur passage à Dakar »³²³.

Les jeunes employés des établissements de commerce, pour leur part, semblent plus affectés aux dires de Lhuerre qui déplore « une habitude pernicieuse adoptée ici par les employés de certains établissements de commerce : les jeunes gens reçoivent, à tour de rôle, dans leur chambre, des hétaires indigènes ou métis. Certains après-midi de dimanche, huit employés du même établissement furent contaminés de syphilis. Cette situation sanitaire est désastreuse »³²⁴. On peut comprendre, dans un tel contexte, la mobilisation des autorités sanitaires autour pathologies vénériennes qui affectent profondément les militaires et les célibataires européens.

a-1-2. Distribution

a-1-2-1 Distribution géographique

Appelée maladie des chauffeurs, des ports et des villes, la syphilis vénérienne suit les axes routiers, ferroviaires et portuaires. Même plus accusés dans les villes, les ravages des infections génitales, vénériennes sont

323. *Ibid.*

324. *Idem*, p.409-410.

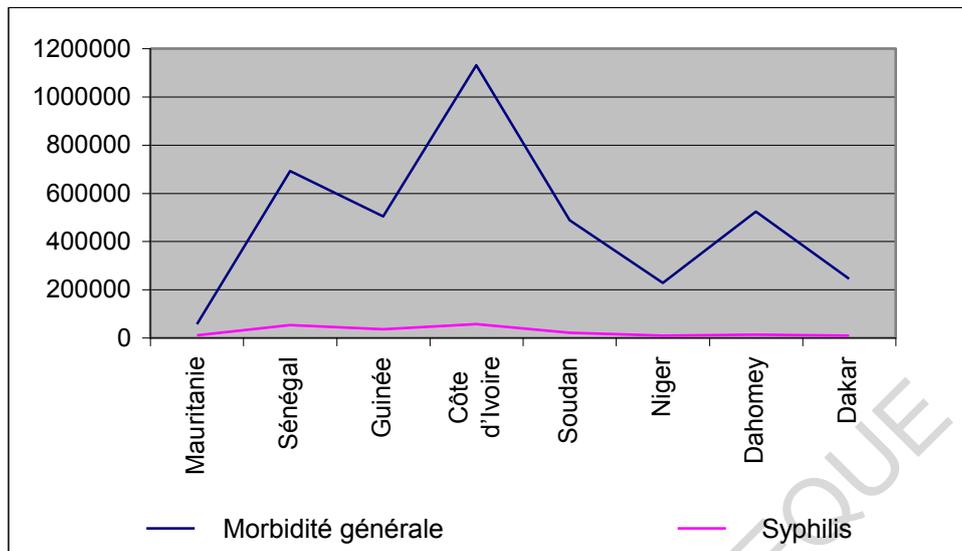
incontestables dans les campagnes. En 1956, 31762 gonococcies et 2549 chancres mous furent dépistés dans les campagnes sénégalaises³²⁵.

Avant 1950, faute de statistiques médicales précises, on en est un peu réduit aux conjectures. Un tel contexte conduit à penser que l'absence de données fiables basées sur des enquêtes sérologiques a faussé, souvent par excès, le niveau de diffusion des tréponématoses en général, de la syphilis vénérienne en particulier à travers les différentes couches démographiques de la fédération. Cette remarque faite, il ne saurait aucunement occulter les tréponématoses (syphilis, pian) classées par les autorités coloniales parmi les maladies dites sociales et qui, à n'en pas douter, constituent un sérieux problème de santé publique dans les territoires de l'AOF. Ce fut à partir de la fin des années 1940 que les sondages effectués par le S.G.H.M.P, bien que fragmentaires, permettent d'apprécier, tant bien que mal, les niveaux d'endémicité des tréponématoses, leur fréquence et leur importance exacte.

D'une manière générale, on distingue la syphilis endémique ou béjel (syphilis arabe de Hudson) et la syphilis vénérienne. Alors que la syphilis endémique sévit dans les régions saharienne et présaharienne, la syphilis vénérienne, par contre, favorisée par l'urbanisation et l'essor des échanges et des communications, est plus répandue en AOF.

325. Sankalé M, Pène P, *Médecine sociale au Sénégal*. Dossiers Africains. Afrique Documents No 1, 1960, p. 84.

Graphique 32 : La syphilis en AOF en 1940



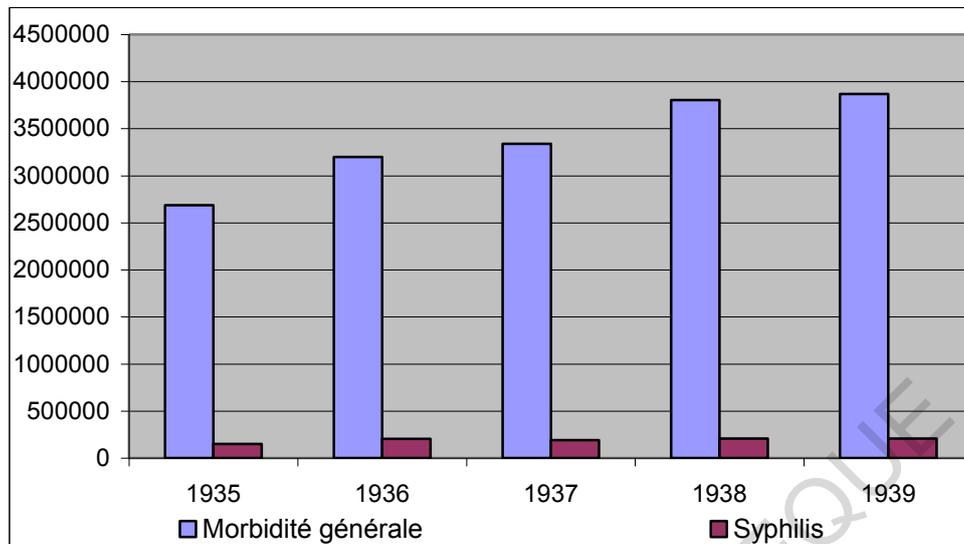
Source : Anonyme, « Statistiques, Maladies Sociales », *Médecine Tropicale* 1941, No 6, p. 908.

L'analyse du tableau appelle quelques remarques. La Mauritanie, avec 18,51 % par rapport à la morbidité générale, émerge du lot et devance largement le Sénégal (7,74 %) et la Côte d'Ivoire (7 %). La Circonscription de Dakar et Dépendances (9290 syphilitiques représentant 3,77 %) et le Dahomey (12612 et 2,40 % du total)³²⁶ enregistrent les chiffres les plus bas. Sur les 3631 patients hospitalisés de syphilis, 155 sont décédés, soit un pourcentage de 2,87 % par rapport à la mortalité hospitalière générale et 4,27 % par rapport à l'affection³²⁷.

326. *Médecine Tropicale* 1941, No 6 Statistiques, Maladies Sociales, Vue d'ensemble, p. 908.

327. *Ibid.*

Graphique 33 : AOF : Proportion du nombre de syphilitiques de 1935 à 1939



Source : Anonyme, « Statistiques, Maladies Sociales », *Médecine Tropicale* 1941, No 6, p. 908.

Le nombre de syphilitiques à 1939 s'élève à 208156 et représente 5,37 % par rapport à la morbidité générale. Le summum est atteint en 1936 avec 6,32 % même si les variations s'avèrent très faibles.

Contrairement à Dakar, la syphilis semble en recul dans la colonie du Sénégal. Ainsi, en 1939, 53.559 cas furent enregistrés (7,74 % de la morbidité générale et 22 décès) dont 549 hospitalisés contre 61926 en 1938.

La distribution de la maladie indique les cercles du Fleuve peuplés de Maures et de Peulh, le Haute Csamance, le cercle de Tivaouane ; dans la zone sylvo-pastorale elle sévit à l'état endémique avec 40 % de sérologie positive en 1956-57 et environ 20 % en 1959-60. La forte endémicité de l'héréditaire syphilis en zone sahélienne serait en partie, pour les autorités sanitaires, liée à la grande contamination par objets souillés dès l'enfance.

En moyenne Casamance (zone de Sédhiou) les importants foyers de stérilité féminine restent corrélés à une forte endémicité de l'infection syphilitique. Ainsi, 576 cas furent détectés en novembre 1959 par le SGHMP,

représentant un taux de 17 %. La Vallée du Fleuve, elle aussi, était menacée du fait d'une forte prévalence de l'infection, le quart de la population étant affecté en 1955 et, deux ans plus tard, l'enquête de la MISOES (Mission Socio-économique de la Vallée du fleuve Sénégal) relevait des taux de 40 % d'enfants atteints ou suspects d'hérédosyphilis. Les enquêtes MISOES de 1956-57 et CINAM-ORANA de 1959-60 mirent en évidence la forte prévalence de l'infection au niveau des Peulhs, considérés comme la cible privilégiée de la maladie.

Pour les autorités sanitaires, la prostitution clandestine, l'insouciance des indigènes réfractaires aux traitements ainsi que l'absence de suivi constituent les facteurs de la diffusion de la syphilis dans la colonie.

a-1-2-2 Distribution selon la race : de la « racialisation » de problèmes médicaux

Au début du XX^e siècle, les statistiques, rapportées à l'ensemble de la population, signalent une certaine cohérence. Les statistiques hospitalières indiquent des taux élevés, s'agissant des maladies vénériennes, au niveau de la population européenne, qui semble plus touchée. Toutefois, il faudrait relativiser les données statistiques du fait d'une fréquentation plus importante des structures hospitalières par les expatriés européens.

Tableau 44 : Maladies vénériennes à Saint-Louis 1905 - 1907

Catégories maladies	1905		1906		1907	
	Européens	Indigènes	Européens	Indigènes	Européens	Indigènes
Syphilis	2	61	1	28	3	48
Maladies vénériennes	28	64	38	137	38	62

Source : ANS Fonds Sénégal colonial H 32 Etat sanitaire : rapports annuels, 1907- 1908

Trois décennies plus tard, les mêmes tendances se maintiennent comme du reste le signale le tableau suivant.

Tableau 45 : Distribution de la syphilis selon la race

	Indigènes	Européens	Total
Morbidité Générale	3843433	25689	3869122
Syphilis	207725	431	208156
Pourcentage	5,44	1,67	5,37
Total décès hospitaliers	5230	172	5402
Décès syphilis	154	1	155
Pourcentage	2,94	0,58	2,87
Syphilitiques hospitalisés	3599	32	3631
Syphilitiques décédés	154	1	155
Pourcentage	4,28	3,12	4,27

Source : *Médecine Tropicale* 1941, No 6 Statistiques, Maladies Sociales, p. 909.

En 1939, les Africains représentent 207725 unités, soit 5,44 % des atteintes relevées (208156 syphilitiques) alors que les Européens s'adjugent 1,67 %) soit 431 syphilitiques, pourcentage qui peut s'expliquer par les soins médicaux plus accessibles aux expatriés. Pourtant, les tendances, qui ressortent de ces statistiques, somme toute normales, furent battues en brèche par l'idéologie coloniale au regard du discours sur les tréponématoses tropicales, tendant vers une « racialisation » des problèmes médicaux.

En l'absence de service spécialisé et d'enquêtes fiables portant sur des tranches de population sur la base de la clinique et de la sérologie³²⁸, le discours insistait sur la dangerosité de la contagiosité du Noir, particulièrement dans le domaine des maladies vénériennes. Aussi, considère-t-on tous les Noirs et les

328. Massequin A, Ridet J, « Lutte contre les tréponématoses en AOF », *Médecine Tropicale* 1954, No 1, pp. 35-56, p. 35.

nomades comme syphilitiques³²⁹ et l'affection comme facteur principal de malformations congénitales, d'avortement et de stérilité. Cet imaginaire, défendu et entretenu par certains médecins du personnel de santé colonial rappelle la stigmatisation du continent africain, particulièrement du Noir au début, voire même au-delà de la survenue de l'infection VIH/Sida dans un contexte de tensions raciales. A l'époque, le continent africain n'était évoqué, pour l'essentiel, que sur les questions relatives à l'origine du sida³³⁰.

Pourtant, l'incidence de la syphilis exotique sur les avortements et la stérilité fut largement démentie dès les années 1950 par les premières enquêtes entreprises par le S.G.H.M.P. Dans les faits, sur les 163 femmes consultées pour stérilité en 1951 par le SGHMP, seules 24, soit 14 % avaient une sérologie positive aux réactions de Kolmer, Kahn et Kline³³¹.

Une autre étude menée par le docteur Baylet à la même époque dans la zone de Bobo Dioulasso en Haute Volta confirme les mêmes tendances (8 à 10 % de taux d'infestation tréponémique)³³². En conclusion, Baylet minimise, sur la base d'analyses sérologiques, l'incidence du reste très minime sur les accidents gynécologiques des tréponématoses qui, par ailleurs, n'ont pas d'incidence sur l'infécondité primaire, encore moins un impact significatif sur les avortements³³³.

A Dakar, les docteurs Sénécal et Souvestre renforcent les propos de Baylet en recherchant, minutieusement, en vain, les stigmates de syphilis

329. *Ibid.*

330. Denis P, « Pour une histoire sociale du sida en Afrique subsaharienne », in Denis P, Becker C, s/d, *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne*. Karthala 2006, pp. 17-40, p.19.

331. *Ibid.*

332. Baylet R.J, « Incidences des tréponématoses sur les avortements et la stérilité de la femme voltaïque », *Bulletin Médical de l'AOF* 1952, T IX Fasc.1, pp.49-50, p.49.

333. *Ibid.*

congénitale chez les nouveau-nés³³⁴. Entre le 11 février et le 7 juin 1958, une étude menée à l'Hôpital Principal de Dakar portant sur 300 femmes et leurs nouveau-nés infirme le discours sur la syphilis tropicale et exotique des Noirs. Sur les 300 femmes examinées le jour de leur accouchement, seules 35 (11,7 %) présentaient une sérologie positive, les 265 étant séronégatives (soit 88,3 %)³³⁵. Le même effectif a donné naissance à 307 enfants dont 32 (10,4 %) séropositifs au moment de la naissance contre 275 séronégatifs³³⁶. S'y ajoute qu'il s'agissait de syphilis sans manifestation clinique alors que l'évolution des sérologies chez les enfants met en évidence une absence de syphilis congénitale pour tous les cas examinés.

a-1-2-3 Distribution selon l'âge et le genre

Dans les structures sanitaires, notamment les dispensaires de puériculture, plusieurs cas d'hérédosyphilis furent détectés lors des consultations. Ainsi, 647 enfants de 0 à 2 ans et 392 de 2 à 5 ans ont été recensés en 1939³³⁷.

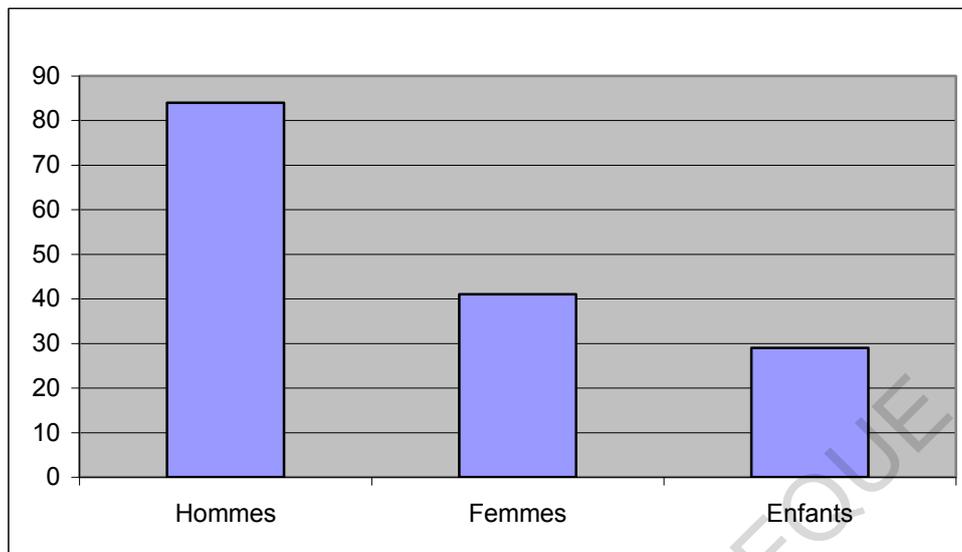
334. Castets M, « La sérologie de la syphilis chez les Africains de Dakar », *Bulletin Médical de l'AOF* 1958, No 4, pp. 381-398, p. 385.

335. *Idem*, p.386.

336. *Ibid.*

337. *Idem*, p.910.

Graphique 34 : Mortalité hospitalière pour syphilis en AOF en 1939.



Source : Médecine Tropicale 1941, No 6 Statistiques, Maladies Sociales, p. 909.

Ce graphique appelle quelques commentaires. La mortalité hospitalière pour syphilis en AOF en 1939 semble beaucoup plus importante chez les hommes (84) qu'au niveau des femmes (41) même si les statistiques devraient être relativisées compte tenu du fait que les hospitalisations concernent la plupart du temps les militaires et les fonctionnaires salariés, catégories où prédominent le genre masculin.

Tableau 46 : Maladies sociales dépistées et traitées dans les services de puériculture en AOF entre 1940 et 1945.

Années	Syphilis	Blennorragie	Lèpre	Tuberculose	Total
1940	20545	5077	89	37	25748
1941	23466	5102	50	21	28629
1942	23444	5883	75	5	29407
1943	19770	10872	32	11	30645
1944	95742	22795	112	33	119682
1945	92809	20334	179	10	113532

IMTSSA Dossier 301 PMI Protection de la maternité et de l'enfance indigènes dans les colonies françaises

Le tableau indique une prédominance de la syphilis parmi les maladies sociales dépistées et traitées dans les services de puériculture en AOF entre 1940 et 1945. Durant cette période les cas de syphilis passent de 20545 à 92809, soit une progression de 72264 unités. Une telle situation semble plus traduire une amélioration des techniques et méthodes de dépistage qu'une progression réelle de la maladie. En 1944, la syphilis représente 80% des maladies sociales dépistées et traitées en A.O.F.

Au cours de l'année 1939, ont été traités dans les dispensaires de puériculture de la colonie 3673 enfants de 0 à 2 ans et 4565 de 2 à 5 ans atteints d'hérédo-syphilis ; 3 décès furent enregistrés³³⁸.

a-2 Les politiques mises en œuvre face aux pathologies vénériennes

a-2- 1. Les infrastructures

a-2-1-1 Le service fixe

Constituées par les dispensaires, postes de santé, le service antivénérien des hôpitaux, l'Institut d'Hygiène Sociale, le dispositif médical portuaire et le Service d'Hygiène, les infrastructures du service médical fixe ont joué un rôle déterminant dans la lutte anti-vénérienne.

Le premier maillon du dispositif, constitué par les dispensaires et les maternités de l'AMI participant au dépistage et au traitement des maladies vénériennes, est épaulé au second niveau par le service anti-vénérien des hôpitaux. L'Hôpital Central Indigène ouvert en 1913 est doté depuis 1932 d'un service spécial de dermato-vénérologie d'une capacité d'une trentaine de lits et prenant en charge les syphilitiques les plus contagieux et dont la plupart est référée par la Polyclinique Roume. A l'orée des années 1940, le service dispose d'un nouveau pavillon destiné au traitement de prostituées provenant pour l'essentiel des ambulances de Gorée et du Cap Manuel. L'Hôpital de Saint-Louis, pour sa part, disposait du service anti-vénérien spécialisé de la colonie.

Quant à la Polyclinique de l'Hôpital Central Indigène dont la création en décembre 1918 fut dictée, selon les autorités sanitaires, par la nécessité de faire

338 *Médecine Tropicale* 1941, No 6 « Statistiques, Maladies Sociales, Vue d'ensemble », p.911.

face à « l'éloignement de l'hôpital des principaux groupements indigènes »³³⁹, elle fut ouverte au public depuis juin 1921, avant d'être inaugurée le 21 février 1933. Dotée de plusieurs services (médecine générale, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie, antituberculeux, antivénérien, douches pour les galeux, laboratoire de bactériologie, radiographie), la Polyclinique devait promouvoir une assistance médicale gratuite aux indigènes en même temps qu'elle représentait un baromètre de l'état sanitaire général de la population.

Transformée en 1953 en Institut d'Hygiène Sociale, la Polyclinique Roume chargée de promouvoir la médecine sociale, disposait, en sus d'un laboratoire de bactériologie, (examens sérologiques) d'un service de dermatovénérologie placé sous la direction d'un médecin spécialisé dans les MST et travaillant de concert avec les infirmières visiteuses chargées du suivi des malades à domicile. La tâche du service de dermatovénérologie consistait au dépistage et traitement des malades atteints de MST. En 1932, elle a traité 1666 syphilitiques³⁴⁰.

Les infrastructures médicales portuaires sont constituées par les dispensaires portuaires mis en place conformément aux recommandations de l'Arrangement International de Bruxelles et destinés aux marins et agents du port. En effet, la signature, le 1^{er} décembre 1924, dans un contexte de propagation des maladies vénériennes, sous l'égide de plusieurs organismes et associations internationaux (SDN, Ligue des Sociétés de la Croix Rouge, BIT, Union Internationale contre le Péril Vénérien UIPV, Office International d'Hygiène Publique) constitue une étape décisive dans la coordination de la lutte

339. A.N.S. : 2G 29/20, Rapport annuel de la Circonscription de Dakar et dépendances, année 1929.

340. Diop M, *La syphilis au Sénégal : discours et pratiques des autorités coloniales (1905-1960)*. Mémoire Maîtrise, 2008, Département d'Histoire FLSH, UCAD p. 62.

anti-vénérienne au niveau international. L'Arrangement International de Bruxelles représente un accord international relatif au traitement gratuit des marins atteints de MST.

Deux années après l'Arrangement International de Bruxelles, fut ouvert au niveau du port de Dakar, un dispensaire doté de services de syphilimétrie et de consultation aux fins de fournir l'assistance médicale en priorité aux marins, travailleurs du port ainsi qu'aux populations environnantes. C'est d'ailleurs dans cette optique que furent créés deux structures rattachées au dispensaire du port : le poste médical de la Médina destiné aux femmes et celui de Bel Air. D'autres grandes villes situées sur la façade maritime à l'image de Rufisque, Ziguinchor, Kaolack, Saint-Louis disposent de dispensaires placés sous la tutelle de l'AMI qui offrent de l'assistance aux marins.

Quant au Service d'Hygiène créé depuis 1905, il est chargé, outre l'hygiène de l'habitat, de la salubrité urbaine, du contrôle des maladies à déclaration obligatoire, du contrôle des eaux de boisson, de la vaccination, de la police sanitaire des aéroports, de la vaccination, la lutte anti-muridés et anti-moustique et de la surveillance de la prostitution. C'est dans ce dernier domaine que le Service d'Hygiène, qui dispose d'un service de surveillance de la prostitution, se trouve impliqué dans la lutte contre les MST (lutte contre la syphilis, surveillance des maisons de tolérance, déclaration des maladies vénériennes, dépistage de la syphilis en milieu scolaire)

L'analyse des infrastructures impliquées dans la prise en charge des MST indique de grandes disparités entre les campagnes souvent délaissées et démunies à l'opposé du milieu urbain qui concentre l'essentiel des moyens matériels et humains.

a-2-1-2 Le dispositif du service mobile

Dans la colonie du Sénégal, c'est à l'orée du XXe siècle que s'amorce avec la création de l'Assistance Médicale Indigène par l'arrêté du 8 février 1905, non seulement une politique sanitaire soucieuse d'étendre les prestations à la population africaine décimée par les endémo épidémies, mais aussi une volonté affirmée de faire pièce aux fléaux sociaux (tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme). En effet, les conclusions de l'enquête présentée par l'Inspection des Services Sanitaires et Civils, initiée par la circulaire du gouverneur général Roume en date du 5 avril 1905, aboutissent à un taux de mortalité très élevé³⁴¹. Celui-ci, résulte, d'après l'enquête, de deux principaux facteurs. D'une part, .les maladies banales induites par la pauvreté, le manque d'hygiène, l'insalubrité ; d'autre part, les pathologies parmi lesquelles émergent la tuberculose et les maladies vénériennes (syphilis). En outre l'enquête incrimine, au second niveau, les maladies endémiques spécifiques au milieu : bérubéri, lèpre, trypanosomiase, paludisme

A partir de ce moment, l'AMI fut chargée de prendre en charge les maladies vénériennes accusées de compromettre l'avenir démographique des colonies. Au sortir du second conflit mondial, la création du SGHMP et d'une section Tréponématoses à partir de 1949, l'arrivée des antibiotiques, corollaire d'innovations thérapeutiques majeures, l'implication des assistantes et aides sociales se concrétisent par des succès dans les campagnes anti-tréponiques. C'est à partir du début des années 1950 que les actions de l'AMI, limitées dans les hôpitaux et dispensaires, furent complétées par la médecine ambulatoire, mobile et préventive grâce au SGHMP qui réussit, tant bien que mal, à traiter

341. Gallay H 1909, *Trois années d'assistance médicale aux indigènes et la lutte contre la variole : 1905, 1906, 1907*. Paris Larose, ISSC, Gouvernement Général de l'AOF.

5000 syphilitiques et pianiques. En 1949-50, l'organisation de la lutte antisiphilitique fut menée par le SGHMP après l'érection de deux secteurs spéciaux, l'un basé dans la Vallée du Fleuve Sénégal (secteur spécial de Podor), l'autre au Niger (Groupement Djerma-Sonraï).

Les principes directeurs des campagnes antitreponémateuses du SGHMP s'articulent autour d'un contrôle et d'un complément de données cliniques basées sur la sérologie d'abord, ensuite le traitement complet des cas dépistés, le contrôle ultérieur par la sérologie des cas traités après et, enfin la constitution de fichiers aux fins de retrouver les patients³⁴².

Au Sénégal, hormis le secteur spécial de Podor, la lutte anti treponique fut élargie aux centres de Mbour, Bignona et Bakel.

Dès 1953, sur la base de protocoles thérapeutiques codifiés et standardisés, de très courte durée, plus des trois quarts des patients en traitement étaient cliniquement guéris à défaut de présenter une amélioration assurant leur blanchiment. La plupart des patients positifs qui ont été suivis et traités se sont « négativés » au plus à partir du 8^e jour. Le Médecin Capitane Despres, dans un rapport No 153 en date du 24 mars 1953 souligne les résultats spectaculaires enregistrés par le nouveau protocole thérapeutique : « Les nouveaux traitements prescrits par la fiche technique 465 bis ont été appliqués. Les résultats des traitements sont spectaculaires. L'assèchement des lésions secondaires ulcérées et suintantes se situe aux environs du 4^e jour. L'effacement complet des lésions est atteint vers le 8^e jour »³⁴³.

342. *Bulletin Médical de l'AOF*, « Tâches et problèmes de la santé publique en AOF ». Numéro Spécial, 1954, p. 26.

343. Masseguin A, Ridet J, *op. cit.*, p. 45.

L'organisation du plan de lutte, inspirée du modèle de prospections anti-sommeilleuses initiées par Jamot³⁴⁴ notamment au Cameroun en AEF, mérite qu'on s'y arrête. Le circuit du patient pouvait se décomposer en six étapes ou postes : vaccination, établissement de fiches, examen clinique, prise de sang, soins divers, sérologie et traitement³⁴⁵. L'équipe du SGHMP chargée du dépistage et du traitement des tréponématoses, polyvalente, a pour mission, la prospection des tréponématoses et des grandes endémies. Composée d'un médecin, d'un médecin adjoint, d'un agent technique, d'un secrétaire et d'infirmiers, l'équipe sillonne la brousse africaine sur la base d'un plan de prospection élaboré d'un commun accord avec l'AMI locale, les autorités administratives, chefs de canton, les chefs de villages informés des dates et lieux de rassemblement. Une fois l'enceinte délimitée par des cordes, les tentes, au nombre de 6, sont rapidement dressées à défaut de locaux.

Après le rassemblement du village, les activités démarrent par les vaccinations anti variolo – amarile dans une première tente (A) avant le passage au secrétariat (tente B) où s'effectue l'enregistrement (inscription sur un registre avec un numéro d'ordre et des renseignements d'état civil). Ce n'est qu'après qu'ils sont admis dans une autre tente (C) où ils sont examinés par le médecin (interrogatoire, passé clinique, examen clinique). Cette étape franchie, les suspects sont orientés vers la tente (E) pour le prélèvement sanguin examiné au Laboratoire. Ici, l'infirmier se charge des traitements des syphilitiques et assure le suivi après le départ de l'équipe mobile. Quant aux patients, ils sont répartis en trois groupes selon l'âge sur la base de l'évolution de la maladie (1^{er} Groupe de 0 à 5 ans, 2^e Groupe de 5 à 15 ans, 3^e Groupe : plus de 15 ans).

344. Cf Dozon J.P, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », Mathis C, *op. cit.*

345. *Bulletin Médical de l'AOF*, « Tâches et problèmes de la santé publique en AOF ». Numéro Spécial, 1954, p. 27.

Les campagnes d'éradication massives (dépistage, prophylaxie) entreprise par le SGHMP à partir des années 1950 permirent de contenir l'affection tréponique en AOF avant de la faire reculer sensiblement.

a-2-2 Evolutions et innovations thérapeutiques

Avant 1905, date de découverte de l'agent responsable de la syphilis par l'Allemand Fritz Schaudinn, les connaissances sur les pathologies vénériennes restèrent largement embryonnaires comme du reste l'atteste l'instabilité et la variabilité de la nomenclature médicale et de la classification des MST (maladies vénériennes, infections urinaires, maladies syphilitiques, maladies génito-urinaires, etc.). Ce contexte a lourdement retenti sur les thérapies antivénériennes.

Jusqu'aux années 1940, l'usage de l'iodure de potassium et des dérivés mercuriels ont prévalu dans le traitement de la syphilis vénérienne. Alors que le mercure est administré depuis le XVIIIe siècle par voie interne (frictions), externe (lavements) ou par voie orale, des innovations thérapeutiques s'opèrent à partir de la deuxième moitié du XIXe siècle avec l'iodure de potassium utilisée pour le blanchiment des gommages et nodules.

Au début du XXe siècle, l'atoxyl, utilisé d'abord dans le traitement de la maladie du sommeil, fut sollicité dans le traitement antisiphilitique depuis le début du XXe siècle avant d'être rapidement délaissé à cause de sa toxicité³⁴⁶. Durant la même période, des innovations thérapeutiques majeures s'opèrent avec l'arrivée des arsenicaux (arsenone, sulfarol, novarsenobenzol) et des

346. Dr. Bargy, « L'Atoxyl dans le traitement de la syphilis en AOF », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, 11, 1908, pp 617 - 629.

bithmutiques³⁴⁷. D'abord utilisé seul à partir de 1910 suite aux expériences de Paul Ehrlich, l'arsenic fut associé à l'orée des années 1920 au bismuth qui fit ses preuves dans le blanchiment des chancres et accidents cutanés. L'ère des arsenico-bithmutiques va progressivement déclasser la première génération des traitements à base d'iodure de potassium et des dérivés mercuriels. En effet, les arsenico-bithmutiques firent leur preuve dans le traitement des tréponèmes grâce aux actions rapides sur les lésions syphilitiques même si la guérison complète ne semble pas établie.

Entamées à partir de 1943, les recherches relatives au traitement de la syphilis par la pénicilline furent menées en Amérique par Mahoney, Arnold et Harris et, en France, par Levaditi et Vaisman. Les expériences poursuivies par la National Research Council à l'image de Mahoney, Moore, Schwartz et Stenberg furent couronnées de succès dès 1944. A court terme, les résultats furent satisfaisants, voire excellents s'agissant des 1587 cas alors que dans le court terme, 15 à 100 % de récurrences furent notées suivant les doses³⁴⁸.

La thérapie connut un appoint supplémentaire à partir de 1945 suite à l'utilisation des pénicillines retard qui dépasse les anciens traitements (arsenic, bismuth, mercure) et élargit les possibilités offertes dans le traitement de la syphilis. Utilisée seule ou associée à d'autres antisypilitiques tels le bismuth ou l'arsenic, la pénicillothérapie révolutionne l'arsenal des thérapeutiques antisypilitiques³⁴⁹. En effet, le traitement arsénico-bismuthique, en raison de sa durée, occasionnait des abandons au niveau des patients et des réticences dans

347. Diop M, *La syphilis au Sénégal : discours et pratiques des autorités coloniales (1905-1960)*. Mémoire Maîtrise, 2008, Département d'Histoire FLSH, UCAD p.95.

348. Lortat J, Traitement de la syphilis par la pénicilline, *Revue Médicale Française*, février 1947

349. Gougerot H, « Les six traitements principaux d'attaque de la syphilis. Les trois anciens. Les trois nouveaux ». *Le Médecin Libre*, 20e Année, No 6, juin 1946, pp.3-20.

une société où l'hôpital représentait, pour certains, l'étape ultime de la souffrance, de l'isolement et la transition vers la mort.

Au total, l'arrivée des antibiotiques, de la pénicilline d'abord, puis de l'extencilline révolutionna le traitement de la syphilis.

L'efficacité de la pénicilline et ses avantages à cause de sa non toxicité, la prémunition qu'elle offre contre l'hérédosyphilis grâce à l'injection aux femmes enceintes constituèrent autant d'arguments qui décidèrent de son adoption par l'OMS comme traitement contre les tréponèmes³⁵⁰. L'usage des méthodes rapides par le Novar, l'introduction dans la thérapeutique des dérivés arsenicaux nouveaux, les arsénoxydes permirent une réduction considérable de la durée des traitements³⁵¹.

En AOF, le protocole de traitement de la section « tréponématose » du SGHMP s'est fondé sur les travaux de Rein, Ingraham, Charpy, Lereboullet, Dèbre, Bolgert et Lévy ainsi que les bons résultats obtenus lors des différentes campagnes anti-tréponiques de l'OMS. Dans le protocole thérapeutique, se dégagent le traitement de très courte durée et le traitement massif à la pénicilline de 5 millions à 7 millions 200 000 UI. Alors que, pour les syphilis primaires et secondaires était administrée la pénicilline seule, elle était, s'agissant des secundo-tertiaires et tertiaires, associée au bismuth (8 cg quotidiens)³⁵².

Pour l'essentiel, le diagnostic s'appuie sur les examens de laboratoire effectués à l'Institut Pasteur de Dakar. En 1939, le tréponème a été identifié 7 fois chez 116 Européens et une dizaine de fois chez 103 indigènes s'agissant des

350. OMS 4e Rapport du Comité des Experts des maladies vénériennes et des tréponématoses, 1913.

351. Arquie E, Les données actuelles du traitement de la syphilis. Médecine Tropicale No 1, 1945, pp.2-5, p.2.

352. Masseguin A, Ridet J, *op. cit.*, p.44.

sérosités de chancre mou³⁵³. Concernant les examens sérologiques et biologiques, les résultats du laboratoire de l'Institut Pasteur signalent des taux élevés.

Tableau 47 : Résultats examens sérologiques et biologiques au laboratoire de l'Institut Pasteur.

Examens sérologiques	Nombre total	Résultats positifs
Sérum sanguin		
Réaction de Hecht-Levaditi	4147	1196
Réaction de Kahn	4147	1548
Liquide céphalo-rachidien		
Réaction de Kahn	104	15
Benjoin colloïdal	10	3

Source : *Médecine Tropicale* 1941, No 6 Statistiques, Maladies Sociales, p. 910.

Quant au laboratoire de Saint Louis, les résultats confirment les mêmes tendances avec des taux pouvant atteindre, selon les cas, 40%.

Tableau 48 : Sénégal : Laboratoire de Saint Louis

Examens sérologiques	Nombre total	Résultats positifs
Sérum sanguin		
Réaction de Bordet-Wasserman	3501	1576
Réaction de Kahn	536	205
Réaction de Keinicke	67	29
Liquide céphalo-rachidien		
Réaction de Bordet-Wasserman	20	8
Réaction de Kahn	5	1
Benjoin colloïdal	19	9

Source : Anonyme, « Statistiques. Maladies Sociales », *Médecine Tropicale* 1941, No 6, p. 911.

353. Anonyme, « Statistiques, Maladies Sociales », *Médecine Tropicale* 1941, No 6, p. 911.

Les autorités sanitaires de la colonie, dans le protocole thérapeutique, ont beaucoup misé sur les injections pour le contrôle des Africains, le suivi médical, contrairement à la voie orale (comprimés souvent pris à domicile) qui, à leurs yeux, ne garantissent ni le suivi, encore moins l'efficacité médicale. Pourtant, le discours autour de l'adhésion massive des indigènes pour les injections devrait être relativisé, si l'on en croit certaines autorités sanitaires avisées. Ainsi, pour Peltier, si les scarifications sont bien acceptées, par contre, les injections sous-cutanées sont très redoutées par les populations africaines³⁵⁴.

a-2-3 La question de la prostitution

Au Sénégal, l'analyse de la littérature administrative disponible indique d'une part une prise en charge assez précoce de la prostitution par les autorités coloniales et, d'autre part, la récurrence du problème posé par son contrôle administratif. Considérée comme un fléau social au même titre que l'alcoolisme, le banditisme et la mendicité³⁵⁵, la prostitution, dès le XIXe siècle, se trouva au cœur des préoccupations des autorités sanitaires et administratives de la colonie du Sénégal.

Dès le début de la deuxième moitié du XIXe siècle, les ravages des pathologies vénériennes chez les célibataires européens, au niveau, d'une part des troupes engagées dans les opérations de conquête et de pacification et, d'autre part dans les villes en pleine expansion à l'image de Saint-Louis ont poussé les autorités coloniales à contrôler, à défaut de son éradication, l'épineux

354. Peltier M, « Vaccin et vaccinations anti-amarils. Pratique de la méthode dakaroise en AOF », *Bulletin Médical de l'AOF*, Tome 2, 3e année, p.193.

355. Diop M.C, L'administration sénégalaise et la gestion des « fléaux sociaux ». L'héritage colonial. pp. 1128 - 1150, p. 1129, in BECKER, C.; MBAYE, S.; THIOUB, I. (eds), AOF: réalités et héritages : sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960; Dakar, Direction des Archives Nationales du Sénégal, 1997.

problème de la prostitution. L'arrêté du 29 mars 1849, tout en autorisant l'ouverture de maisons de tolérance destinées à regrouper et contrôler les filles publiques créa, dans un contexte en plein essor de la prostitution clandestine, un dispensaire de salubrité publique à Saint-Louis pour prendre en charge les prostituées.

L'approche rigoriste, réglementariste et répressive a prévalu dans le traitement de la prostitution. Sous peine de sanctions, des dispositions réglementaires soumettent les filles publiques à une surveillance médicale (visites médicales périodiques) et à une inscription sur un registre spécial sanctionnée par la livraison d'un livret spécial³⁵⁶. En témoigne l'arrêté du 21 mars 1864 qui prévoit l'arrestation et l'emprisonnement (de 15 jours au maximum) de filles publiques refusant de se soumettre aux visites médicales. A l'orée du XXe siècle, le décret du 14 avril 1904 portant sur la Protection de la Santé Publique instaure un service de surveillance de la prostitution placé sous la tutelle du Service d'Hygiène. La recrudescence de la syphilis, pour les autorités sanitaires, est imputable à l'essor de la prostitution surtout clandestine en dépit de la réglementation et des actions répétées de la police.

Les consultations des prostituées, assurées par l'Institut d'Hygiène Sociale, se soldent la plupart du temps par un manque de suivi du fait de la réticence et de l'abandon des filles de joie. Pour faire face à de tels manquements, les autorités administratives ont pris un ensemble de mesures relatives à la répression de la prostitution clandestine, au contrôle sévère des filles de joie et des maisons de tolérance. A Dakar, après l'ouverture de la première maison de tolérance en 1918, le problème de la prostitution se trouve inscrit au centre des préoccupations des autorités de la ville. En effet, à la veille

356. ANS H 42 (1874-1882).

du second conflit mondial, la capitale fédérale disposait de cinq maisons de tolérance (Alhambra, American Bar, Excelsior, Les Parisiennes, Lily Cernay).

Ainsi, l'arrêté du 13 janvier 1926 relatif à la réglementation de la prostitution indique les mesures auxquelles les femmes publiques sont astreintes : inscription sur les registres de contrôle, deux visites hebdomadaires obligatoires, recherche de gonocoques chaque quinzaine, réaction de B-W chaque trimestre. En cas d'infection, les filles publiques, prostituées cartées, en majorité européennes, sont internées et traitées au sein des structures hospitalières. Quant aux prostituées clandestines, face cachée de l'iceberg, elles constituaient l'essentiel des effectifs et profitaient des progrès des échanges et communications (routes, rails) pour se déplacer à l'intérieur de la colonie.

Nul doute que le contexte était favorable à la diffusion des maladies vénériennes dans une ville au galop démographique rapide, devenue le réceptacle du flot migratoire constitué par les gens d'extrêmement peu, chassés par les à coups de la conjoncture météorologique et la grande dépression des années 1930. Dans ce contexte, on peut comprendre que la syphilis vénérienne, favorisée par l'essor des échanges et des voies de communication, soit en nette progression. D'ailleurs, dans certaines colonies, la pathologie est dénommée « maladie des chauffeurs ».

Il est évident que le système colonial procéda à des bouleversements épidémiologiques spectaculaires sous la combinaison de plusieurs facteurs (progrès des échanges, routes et rails, cultures spéculatives, insécurité alimentaire) qui favorisèrent non seulement la fragilité biologique, mais aussi et surtout l'éclosion de certaines pathologies qui, jusqu'ici, évoluaient en vase clos. D'autre part, les migrations, l'alcoolisme, favorisèrent la percée de pathologies endémiques (variole, maladie du sommeil, lèpre, malaria) et surtout des

maladies vénériennes dont le développement semble postérieur à la colonisation et qui, à coup sûr, fut un facteur de stérilité³⁵⁷.

Avec le docteur Cavalade, on saisit mieux le mécanisme de diffusion et de contagion spécifique de la syphilis : « La prostitution dans les grands centres joue un premier rôle. Les tirailleurs qui se contaminent très souvent au cours du service, les gardes cercles, les conducteurs de camions, la multitude des acheteurs et des « dioulas », tous les individus enfin qui, par leurs déplacements fréquents et rapides, la prépondérance de leur importance sociale, ont des relations sexuelles facilitées actuellement par un certain relâchement des mœurs, sont les agents de la transmission vers le village. Sur place, la maladie fait tâche d'huile, elle atteint avec prédilection les enfants par la calebasse et les jeux en commun »³⁵⁸.

Ces propos du docteur Cavalade, tenus à l'orée des années 1940, trouvent toute leur actualité par rapport au discours actuel sur le SIDA, les groupes à risques (pratiquement les mêmes), la stigmatisation et la surveillance sentinelle. Il rappelle toute l'actualité de la construction du discours sur le SIDA. Il en est de même des méthodes de lutte axées sur les filles de joie, la syphilis étant considérée comme la maladie des prostituées, au même titre, du reste, que l'est le sida de nos jours.

Le système réglementariste, pilier de la politique de lutte contre la prostitution, fut éradiqué à la faveur du mouvement abolitionniste, suite à l'adoption, en France, le 13 avril 1946, de la loi Marthe Richard. Celle-ci vise la

357. Mbokolo E, « Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique », in Augé M, *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Les Archives Contemporaines, 2000, p. 159.

358. Cavalade C, « Éléments d'enquêtes démographiques dans la subdivision de Ségou », *Médecine Tropicale* 1941, No 5, p. 500-526, p. 516.

fermeture des maisons de tolérance et l'éradication du proxénétisme³⁵⁹. En AOF, la loi Marthe Richard, promulguée par le gouverneur général le 05 décembre 1946, se matérialise par la fermeture de toutes les maisons closes ainsi que la destruction de tous les dossiers de prostituées. L'interdiction de la prostitution organisée et tolérée, du racolage public et du proxénétisme ouvre la porte à la prostitution clandestine et pose tout le débat autour de la réglementation, de la surveillance et du contrôle de la prostitution. D'autant plus que le contexte de libéralisation du système colonial mettait les prostituées européennes à la disposition des Africains devenus citoyens.

La loi du 13 avril 1946 constitua, après l'accession à la souveraineté internationale un sérieux dilemme pour les nouvelles autorités sénégalaises. Le 5 juin 1965, Amadou Cissé Dia, ministre de l'Intérieur, estime que cette loi apporte, au fond, plus de problèmes qu'elle n'en résout. En effet, estime Dia, ses répercussions fâcheuses sont visibles si l'on considère la prostitution clandestine qu'elle favorise au niveau des filles publiques africaines et cap-verdiennes soustraites de tout contrôle policier et sanitaire, à l'opposé des prostituées européennes³⁶⁰. L'année suivante, le système réglementariste et de contrôle de la prostitution réapparaît au Sénégal (fichier sanitaire, contrôle obligatoire des prostituées, visites médicales instaurées pendant la quinzaine, mise en carte)³⁶¹.

359. ANS 1H48/44. Loi Marthe Richard du 13 avril 1946.

360. Diop M.C1997, *op. cit.* Voir à ce propos

- Sénégal, Ministère de l'Intérieur 1965 *Communication en Conseil de ministres au sujet de la prostitution africaine*, Dakar, 5 juin.

- Sénégal, Ministère de l'Intérieur /Ministère de la Santé publique et des affaires sociales (MSPAS) 1966 *Rapport de présentation du projet de décret portant application de la loi 66-21 du 1^{er} février 1966 relative à la prostitution.*

361. Voir à ce propos :

- La loi 6621 du 1^{er} février 1966 portant sur la lutte contre les maladies vénériennes et la prostitution

- décret 69-616 du 10 mai 1969 relative à l'application de la loi 66-21 portant sur la lutte contre les maladies vénériennes et la prostitution

L'analyse des sources et discours sur la prostitution signale une valse hésitation des autorités de la colonie depuis le XIXe siècle. Si le discours réglementariste insista, au début, sur la nécessité d'exclure de la sphère publique la fille publique désignée comme élément de pollution et de propagation des pathologies vénériennes, les autorités n'hésitèrent pas à revoir leur attitude face à la prostitution compte tenu de l'inefficacité du système de surveillance³⁶². Aussi, la prostitution est-elle ménagée, voire tolérée et la fille publique, jadis indésirable parce que dangereuse, est désormais utilisée comme « fille à soldat ».

Au bilan, les limites des politiques de lutte contre la maladies vénériennes découlent de l'approche centrée sur la prostitution, les filles publiques même si la propagation des pathologies vénériennes est considérée par les autorités médicales comme émanant des militaires et des chauffeurs qui du reste disposent bien d'un langage codé pour caractériser les MST notamment la blennorrhagie dénommée « couler bielle ».

b) Le pian

Avec la syphilis endémique ou béjel et la syphilis vénérienne, le pian représentent les tréponématoses les plus répandues en AOF.

La fréquence du pian et son endémicité restent grandement tributaires du climat, plus particulièrement de l'humidité et de la densité de la végétation. Aussi, l'indice pianique diminue-t-il de la forêt à la steppe en passant par la savane.

Si la Côte d'Ivoire est une colonie d'hyper endémicité et la Guinée une région d'endémicité, par contre, la zone de moyenne endémicité est représentée par le Soudan, la Haute Volta et le Dahomey alors que la Mauritanie, le Niger et le Sénégal se singularisent par une faible endémicité.

362. Ngalamulume K.J, « Le péril vénérien. L'Etat français et la sexualité à Saint-Louis du Sénégal, 1850-1920 ». in *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, s/d Bado J.P, Karthala 2006, pp. 99-118, p. 100-101.

En 1953, l'indice pianique est de 2 % dans les régions couvertes par le S.G.H.M.P.³⁶³. Ce très faible taux mérite qu'on s'y arrête. En vérité ces statistiques sanitaires démontreraient, s'il en était besoin, l'imaginaire consistant à voir les tréponématoses partout et la nécessité d'appuyer de telles affirmations sur des données fondées sur des enquêtes et sur la sérologie. En vérité, les notions de « tréponématoses tropicales », « syphilis tropicale » reposent, dans la plupart du temps, plus sur des impressions que sur des études scientifiques basées sur des enquêtes et la clinique. Prenant la parole à la tribune du premier symposium international sur le pian en 1952 à Bangkok, Vaucel recentre le débat et remet à sa juste place, le débat sur les tréponématoses, notamment le pian en AOF. Pour Vaucel, « la perte économique qui résulte des indisponibilités dues au pian est certaine, mais il ne faut pas exagérer ni invoquer, à propos du pian, les questions de la main d'œuvre et du rendement »³⁶⁴.

Contrairement à une autre idée largement admise à l'époque assimilant les facteurs de l'affection à la promiscuité, l'insalubrité et le retard technologique, Vaucel estime que « le pian commence là où s'arrête la route », celle matérialisant le degré de développement économique et social. Dans cette perspective, « dès que les habitants d'une région d'endémicité accomplissent un progrès social, le pian diminue et disparaît »³⁶⁵.

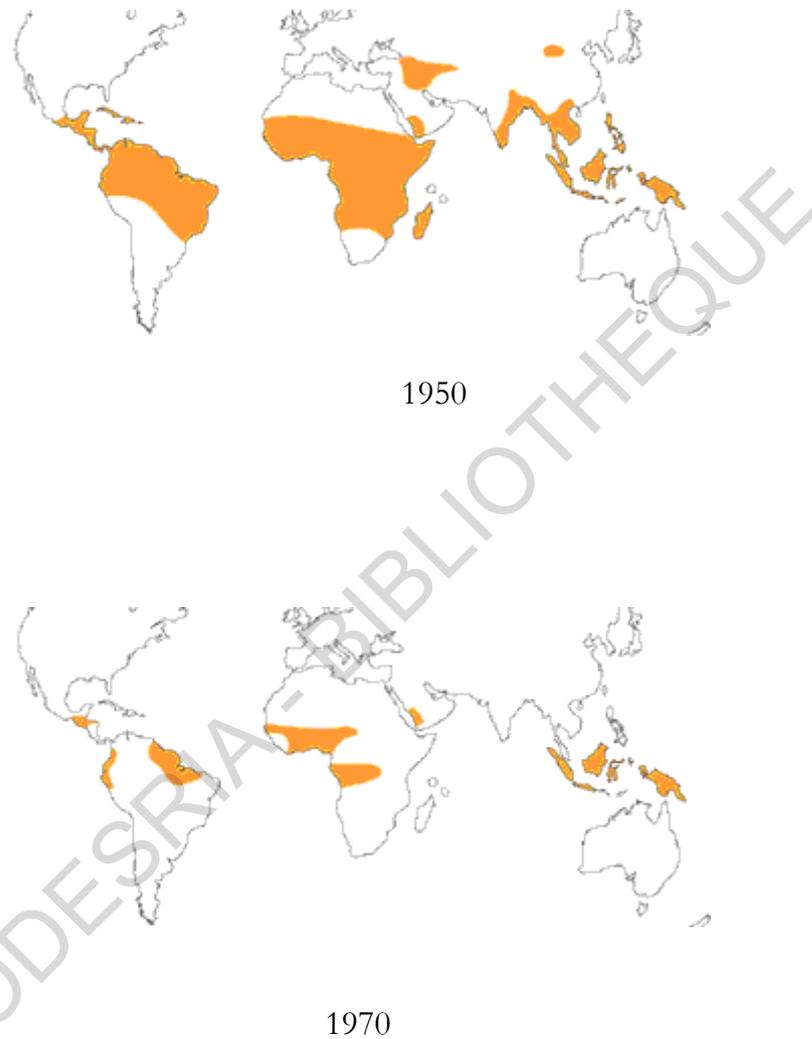
En 1951, le sondage effectué en Casamance et à Kédougou avait décelé 1651 pianiques. L'affection pianique fut éradiquée dans les années 1960 suite aux campagnes massives de grande envergure entreprises par l'OMS.

363. Massequin A, Ridet J, « Lutte contre les tréponématoses en AOF », *Médecine Tropicale* 1954, No 1, pp. 35-56, p. 37.

364. *Idem*, p.38.

365. *Ibid.*

Carte 7 : Distribution géographique des tréponématoses endémiques en 1950 et 1970

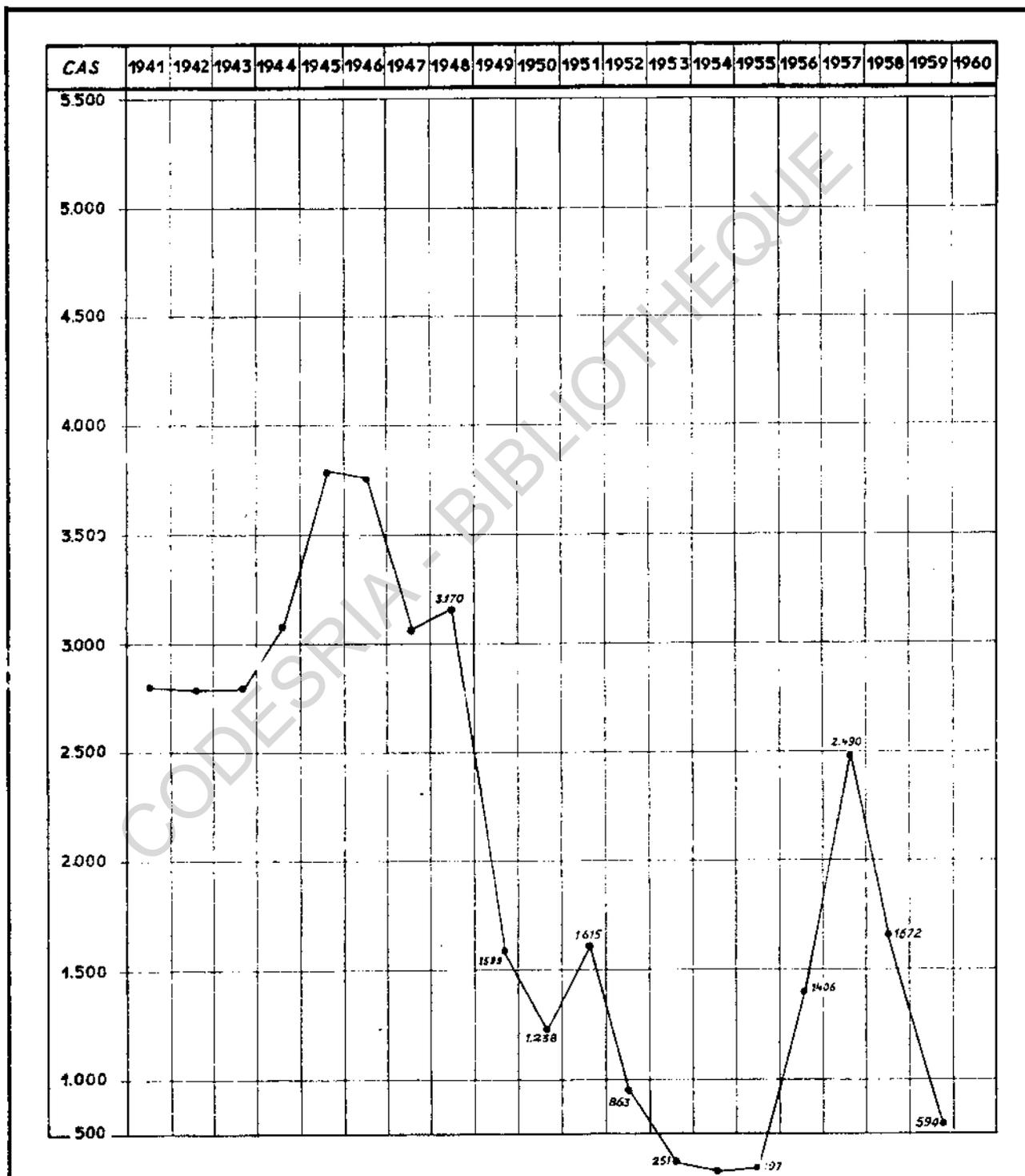


Source : www.asnom.org

Graphique 35 : Le pian au Sénégal de 1941 à 1960

LE PIAN
AU SENEGAL DE 1941 A 1960

SOURCE : CINAM - ORANA



5. Les anémies

Les anémies découlent d'agressions infectieuses, parasitaires ou nutritionnelles susceptibles d'occasionner, outre d'autres désordres, un appauvrissement en globules ou en pigment sanguin. Très répandues en milieu tropical, les anémies nutritionnelles ou carencielles, fréquentes chez les enfants et femmes enceintes, posent un problème de santé publique.

L'anémie par carence nutritionnelle notamment en fer et en iode ainsi que les avitaminoses, de prédilection, soumettent les femmes à une morbidité et à une mortalité importantes. Les femmes enceintes représentent un groupe exposé à la carence en fer eu égard aux besoins importants en fer au cours de la gestation.

Dans l'imaginaire colonial, le procès des anémies tropicales, pendant longtemps, relevait des rigueurs d'un climat excessif³⁶⁶. Pour certaines autorités sanitaires, le problème alimentaire des régions tropicales, notamment la fréquence des anémies découle de « l'emprise du complexe climatique qui s'inscrit d'une manière impérative dans la vie tropicale [où] l'Homme subit à part entière l'implacable loi d'une nature peu clémente »³⁶⁷.

Aux origines des anémies tropicales, se trouvent, selon le docteur Martin, d'abord la grande incidence des agents infectieux parasitaires et nutritionnels propres au milieu tropical, ensuite l'importante variété étiologique, complexe, conditionnée par la diversité des facteurs simultanés ou combinés.

Syndrome parfois cliniquement isolé, souvent associé à un tableau clinique varié et complexe, l'anémie peut se manifester par des altérations de l'état général, un

366. Martin M, « Les syndromes anémiques en pratique tropicale », *Médecine Tropicale* 1953 No 3, pp. 289-303, p.289.

367. Pille G, « Le problème de l'alimentation outre mer (AOF). Aspects biologiques et scientifiques ». *Médecine Tropicale*, 1954 No 1, pp. 1-35, p.1.

amaigrissement, des œdèmes, des troubles intestinaux, une pigmentation cutanée ainsi que des signes viscéraux affectant la rate, les ganglions et le foie³⁶⁸.

En pathologie coloniale, une des limites de la classification pathogénique résulte, d'une part, de l'incertitude liée aux mécanismes intimes des syndromes et, d'autre part, de la multiplicité et de la convergence des divers mécanismes capables d'intervenir dans le déterminisme de certaines anémies tropicales. Toutefois, en dépit de ces obstacles, on peut, tant bien que mal, procéder à une classification des anémies. Aussi, distingue-t-on les anémies accompagnées d'œdèmes, de diarrhées et d'émaciation, les anémies d'une part avec hépatomégalie et, d'autre part, avec splénomégalie et les anémies avec hémoglobinurie.

Les anémies accompagnées d'œdèmes, plus nombreux, souvent causées par l'ankylostomiase, sont un des éléments dominants du tableau clinique. L'anémie tropicale de nutrition, accompagnée d'œdèmes, soumet à rude épreuve, avec prédilection, les jeunes enfants et les femmes enceintes. Quant aux anémies accompagnées de diarrhées et d'émaciation, elles sont d'origine amibienne si elles ne sont pas causées par l'anguillulose.

L'infestation par *Strongyloides stercoralis*, à l'origine de l'anguillulose est fréquente en milieu tropical. Le tableau clinique indique des diarrhées douloureuses, aqueuses, des signes généraux d'amaigrissement, une asthénie, des vertiges et une anémie clinique. Les dysenteries chroniques, souvent d'origine amibienne, résultent d'une longue amibiase colique évoluant sous forme de diarrhées ou de dysenteries. Le tableau clinique décline un amaigrissement, des signes de dénutrition, une perte d'appétit, des selles abondantes de caractère

368. Martin M, op cit, p.290.

glairo-sanguinolent et un amincissement de la peau³⁶⁹. D'une manière générale, la décoloration des muqueuses manifeste des stigmates de carence vitaminique PP ou B2.

A l'échelle du territoire, les anémies nutritionnelles n'épargnent guère les enfants et sévissent à l'état endémique. La carte révèle des indices élevés dans les régions périphériques. Les niveaux d'anémie et d'hépto-splénomégalie progressent d'Ouest en Est en relation avec les niveaux nutritionnel et sanitaire. Dans le Ferlo, en 1959, plus du tiers des enfants de 2 à 3 ans (35,8 %) sont affectés d'anémies sévères, accentuées par les parasitoses intestinales qui éprouvaient durement la population infantile. Les indices d'hépatomégalie, très élevés dans le groupe des jeunes enfants de 0 à 6 ans, s'accompagnaient d'un indice splénique de 75 % entre 6 et 9 ans³⁷⁰. Dans le bassin arachidier, la soudure pèse lourdement sur la recrudescence des cachexies et des anémies pendant l'hivernage. Au Sénégal oriental, 65 % des enfants connaissaient des déficiences, des signes de rachitisme et des dystrophies. La Vallée du Fleuve, compte tenu des indices carentiels et nutritionnels élevés, enregistrait des niveaux d'anémie préoccupants. Les enquêtes de la MISOES mettaient en évidence 58 % d'indices d'anémies en 1957 et 63 % l'année suivante.

Le paludisme, les carences diverses, les maladies infectieuses et parasitaires sont largement anémiants³⁷¹.

369. *Idem*, p. 295.

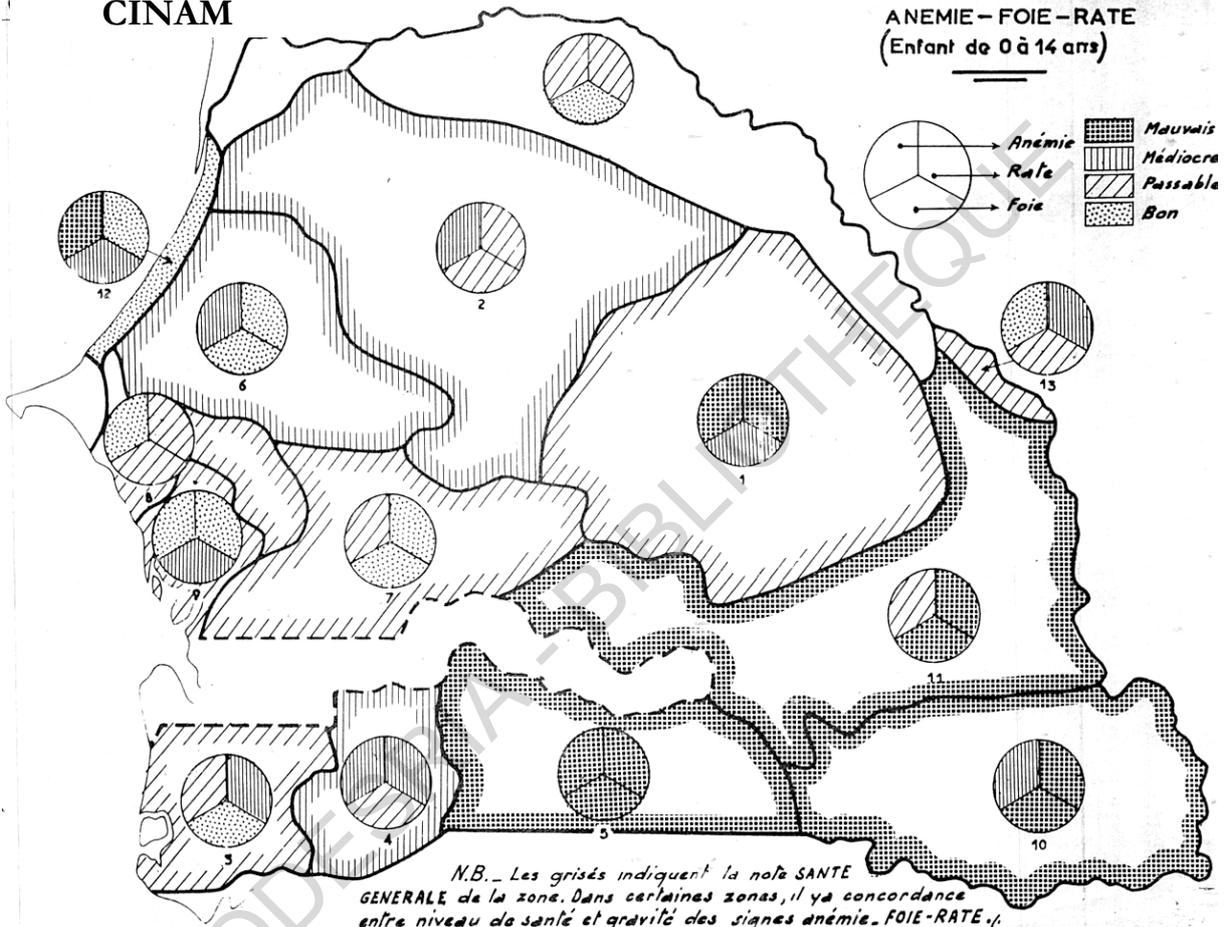
370. Cinam 1960 p. 3

371. *Ibid.*

Carte 8 : Les anémies chez les enfants en 1959-1960

Enquête Santé
CINAM

GRAVITE COMPAREE DES SIGNES
ANEMIE - FOIE - RATE
(Enfant de 0 à 14 ans)



6. La morbidité maternelle

La santé de l'enfant ne saurait se dissocier de celle de la mère. Après le premier conflit mondial, la santé de la mère, notamment de la femme enceinte ou allaitante fut une préoccupation des autorités sanitaires de la colonie. Le professeur Robert Debré, ouvrant les journées médicales de Dakar, estime que « la meilleure façon d'attaquer dans un pays les problèmes d'hygiène générale, de bonne alimentation, de constitution de la santé, est de pencher vers le sort de la femme enceinte ou de la femme accouchante et du nourrisson »³⁷².

Dans les faits, les difficultés liées aux conditions de vie des femmes, leur surcharge de travail notamment en zone rurale, la précarité de leur état nutritionnel, la fréquence et le rapprochement des grossesses peuvent s'additionner pour générer une situation sanitaire précaire, voire déplorable. L'analyse du tableau étiologique indique, durant la période coloniale, la prééminence des maladies pestilentiennes, le paludisme, les tréponématoses, la fièvre jaune, la tuberculose. En 1960-61, 320 000 personnes étaient touchées par l'affection palustre dont 51 % des femmes. Les statistiques médicales de l'époque soulignaient une prévalence chez des femmes gestantes et des enfants. Trois années plus tard, 3565 cas de tuberculose ont été détectés dont 46 % de femmes. La carte épidémiologique laisse apparaître en premier lieu la Vallée du Fleuve et le Ferlo. De même, les tréponématoses, notamment la syphilis, aggravée par les conditions d'hygiène et d'habitation assez mauvaises, prévalent à l'état endémique, notamment dans le Ferlo et la Vallée du Fleuve. A Saint-Louis, une étude étiologique sur un demi-siècle au sujet des facteurs de la mortalité féminine indique une prédominance des maladies infectieuses et parasitaires, celles de l'appareil cardio-vasculaire et du système nerveux.

372. ANS 1H 25(26)

CHAPITRE VIII

L'EVOLUTION DE LA MORTALITE DU JEUNE ENFANT

Avant la vulgarisation des puissants moyens de lutte contre les pathologies, les enfants ont payé un lourd tribut aux redoutables maladies endémiques et épidémies C'est à partir des années 1930 que la question de la mortalité infantile fut inscrite parmi les priorités des autorités sanitaires.

Ouvrant les Journées Médicales de Dakar à la fin des années 1950, le professeur Robert Debré estime que « la baisse de la mortalité du premier âge de la vie, ce qu'on appelle en terme d'hygiène publique la mortalité infantile, ce qui veut dire la mortalité de la naissance à un an, cette baisse est devenue pour nous et pour tous les pays du monde un indice de civilisation »³⁷³.

La préoccupation des autorités coloniales fut confortée par les conclusions de l'enquête démographique de 1938 dont les conclusions révélèrent un accroissement démographique de la colonie essentiellement enrayé par un avortement pathologique, une mortinatalité et une mortalité infantile considérables. A partir de ce moment, il fallait prendre en compte l'épineux problème de la morbidité et de la mortalité infantiles.

Certes, l'arrêté du 8 février 1905, en instituant l'Assistance Médicale Indigène (AMI) lui conféra, entre autres prérogatives, la lutte contre les grandes endémies qui endeuillaient la colonie en entretenant une forte mortalité générale.

373. ANS 1H 25 (26)

Toutefois, il faut attendre, d'abord timidement après la Grande Guerre, puis vigoureusement au décours des années 1940, sous la pression des organisations internationales, pour voir les priorités sanitaires se recentrer sur la survie de l'enfant. Aussi la prise en charge de la population infantile orienta-t-elle la politique de santé et des infrastructures sanitaires par le renforcement de la protection maternelle et infantile, l'extension et la création de services pédiatriques. Dans ces conditions, l'action sanitaire, depuis la fin du second conflit mondial, eut des impacts indéniables par une réduction sensible de la mortalité infantile.

L'analyse et l'évaluation des informations sanitaires montrent que le recul de la mortalité n'a pas été uniforme compte tenu des disparités importantes qui persistent à l'intérieur du pays entre les zones urbaines et rurales et dans l'espace urbain selon les groupes sociaux.

1. Niveaux, facteurs et structures de la mortalité des enfants

Dès la fin des années 1920, les autorités coloniales s'étaient assignées comme objectif la réduction, à défaut de leur éradication, du taux de mortalité infantile élevé. A partir de 1950 et après l'indépendance, les interventions sanitaires verticales par l'immunisation de masse eurent un impact dans la répression de la mortalité infantile, sans pour autant améliorer, de manière significative, le niveau de vie ou la situation alimentaire. En dépit d'un recul de la mortalité infantile de façon globale, des disparités de plusieurs ordres persistent, mettant en évidence une inégalité flagrante devant la mort.

La période coloniale est marquée par une carence de données chronologiques, du fait de la rareté des estimations sur les niveaux de la mortalité infantile et juvénile à l'échelle du territoire hormis quelques grands centres

urbains (Dakar, Saint-Louis, Gorée, Rufisque) disposant d'un état civil. L'absence de données fiables sur la mortalité infantile génère un savoir tronqué. Malgré une protection sanitaire relativement importante comparée aux autres colonies, la mortalité générale, de même que la mortalité infantile s'avéraient élevées au Sénégal.

a) Les niveaux et tendances

a-1 La période 1905 - 1930

Au tournant du XXe siècle, les statistiques sanitaires, très lacunaires, restent largement circonscrites au niveau de quelques postes militaires (Bakel, Podor, Gorée, Dakar) et de Saint-Louis. Prenant en compte les seules informations des structures hospitalières fréquentées pour l'essentiel par la troupe et l'élément européen, elles ignorent, souvent, la mortalité africaine. Sont surtout concernées les troupes soignées dans les hôpitaux, postes de santé, ambulances et infirmeries militaires.

Tableau 49 : Mortalité dans les différentes formations sanitaires du Sénégal en 1899

	SAINT LOUIS		DAKAR		GOREE	
	Europ.	Indigènes	Europ	Indigènes	Europ	Indigènes
Paludisme	8	1	18	–	1	–
Autres endémies	3	4	2	2	–	–
Epidémies	–	–	12	–	–	–
Maladies sporadiques	–	18	5	5	–	1
Maladies chirurgicales	–	3	1	1	–	–
Totaux 85	11	24	40	8	1	1

Source : Dr. Kiefer, « Hôpitaux. : morbidité et mortalité en 1899 » *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales 1901 Tome IV.*

A l'époque, l'organisation de la santé, basée sur des structures et formations sanitaires fixes, reposait sur la doctrine de la médecine individuelle et curative. Pendant cette période, les informations sanitaires, sous forme de

monographie, concernaient des régions limitées. Le tableau nosologique laissait une grande part aux maladies chirurgicales (blessures de guerre) et au paludisme qui constituaient l'essentiel des indisponibilités au sein des troupes.

Les premières informations sanitaires, sous forme de description et d'explication de pathologies sévissant dans les régions explorées s'adressaient au personnel de santé et constituaient un guide pour leur diagnostic. Aux autorités administratives, elles livraient des informations sur les mesures d'hygiène à prendre alors qu'aux futurs expatriés dans les colonies, elles fournissaient un luxe de détails sous forme de conseils et de précautions à prendre³⁷⁴.

A l'orée du XXe siècle, une évolution notable est enregistrée dans les statistiques sanitaires. En effet, si, dans la première phase, seule la troupe restait la cible privilégiée des statistiques sanitaires, au début du XXe siècle, celles-ci, même limitées aux postes et à Saint-Louis, s'ouvrent désormais à la population africaine et commencent à prendre en compte la morbidité, la natalité ainsi que la mortalité infantiles. Entrent dans ce cadre les importants travaux du Dr. Merveilleux³⁷⁵.

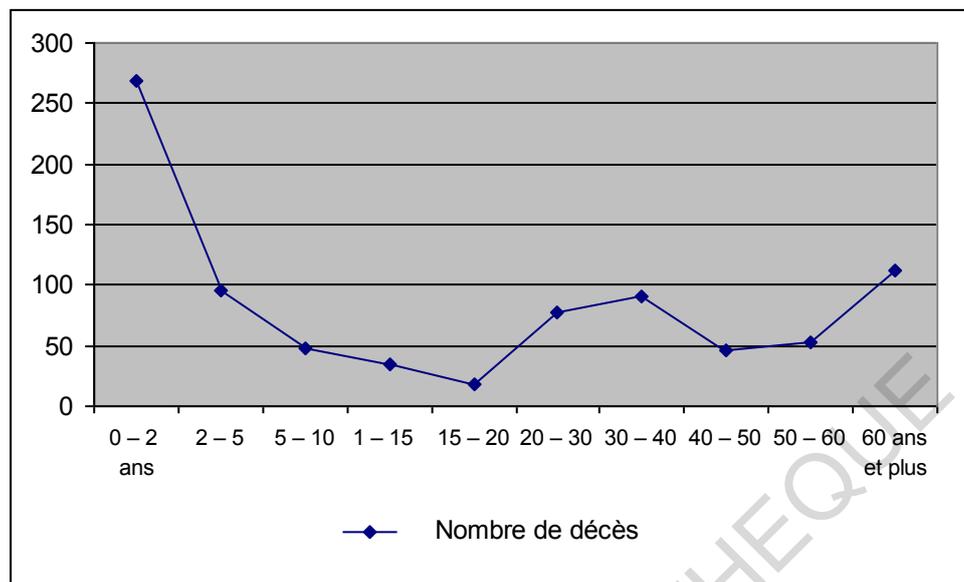
Les motivations de telles études, aux dires du Dr. Merveilleux, résultent de l'intérêt subit suscité, au niveau des autorités sanitaires, des questions d'hygiène. Or, la démographie étant le meilleur baromètre de l'hygiène, il se propose d'initier une opération pilote de renseignement démographique qui, même circonscrite présentement dans la commune de Saint-Louis, gagnerait, dans une perspective comparative, à être élargie aux autres cités sénégalaises³⁷⁶.

374. MBokolo E, 1984, *op. cit.*, p. 166.

375. Dr. Merveilleux, « Notes démographiques et protection de l'enfance à Saint – Louis », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, Tome IX, 1906, pp. 132 – 139.

376. *Idem*, p.132.

Graphique 36 : Mortalité à Saint Louis de novembre 1903 à octobre 1904



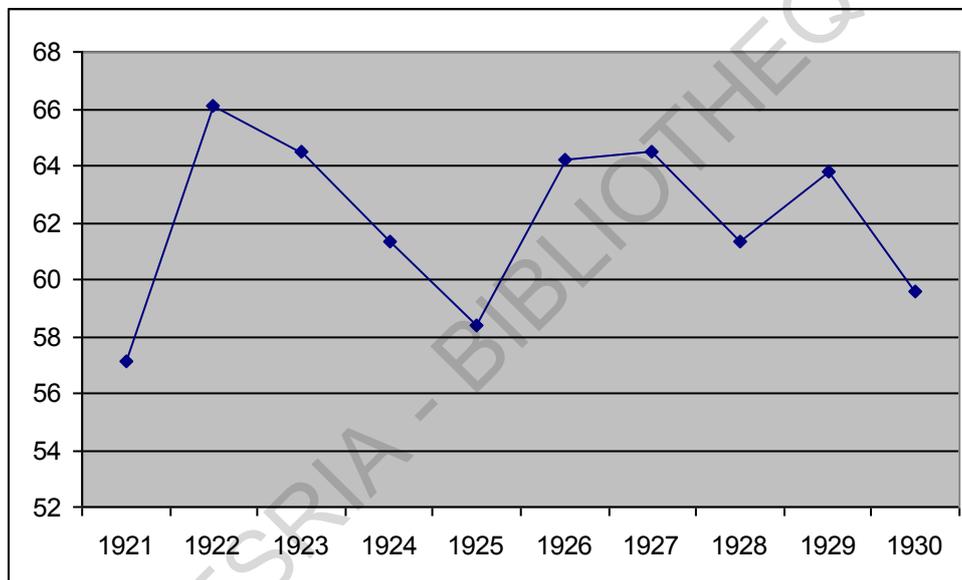
Source : Dr. Merveilleux, « Notes démographiques et protection de l'enfance à Saint – Louis », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, Tome IX, 1906, pp. 132 – 139, p. 134.

L'analyse du graphique appelle quelques observations. Pour une population estimée, lors du dernier recensement de juin 1904 à 25 146 hts (troupes comprises, 23 615 indigènes et 1 531 Européens), la mortalité des jeunes s'avère particulièrement élevée. La tranche d'âge comprise entre 0 et 15 ans représente plus de la moitié des décès (environ 53 %). La mortalité est d'autant plus préoccupante qu'elle est considérable de 0 à 2 ans (268, soit 60 % des décès de 0 à 15 ans). Puis la courbe suit une pente raide qui traduit la baisse de la mortalité de 2 à 5 ans et de 5 à 10 ans avant d'atteindre son niveau d'étiage de 15 à 20 ans.

Dans la deuxième décennie du XXe siècle, un autre changement majeur s'opère dans les informations sanitaires. De Saint-Louis, elles gagnent les autres grandes villes coloniales : Dakar, Rufisque et Gorée. D'ailleurs, dès le début du siècle le Dr. Merveilleux recommandait, « non seulement d'étendre aux trois

autres communes actuelles de la colonie le système des renseignements démographiques demandés à la municipalité de Saint-Louis, mais de perfectionner ce système encore incomplet »³⁷⁷. Cette phase démarre après 1910 suite à la conquête et la grande expansion coloniales, lorsque la géographie et la topographie médicales se déplacent vers les villes, symboles de la présence de l'Européen, agent de diffusion des normes et valeurs occidentales. Aussi, des informations furent-elles collectées sur les cités coloniales (Dakar, Gorée, Saint Louis) dont les pathologies seraient différentes de celles des campagnes³⁷⁸.

Graphique 37 : Taux de natalité à Saint Louis de 1921 à 1930



Source : Lefrou G., Allard M, « Une décade démographique (1921 – 1930) à Saint Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortinatalité, mortalité infantile », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales* 1932, Tome XXX, pp. 406 – 427.

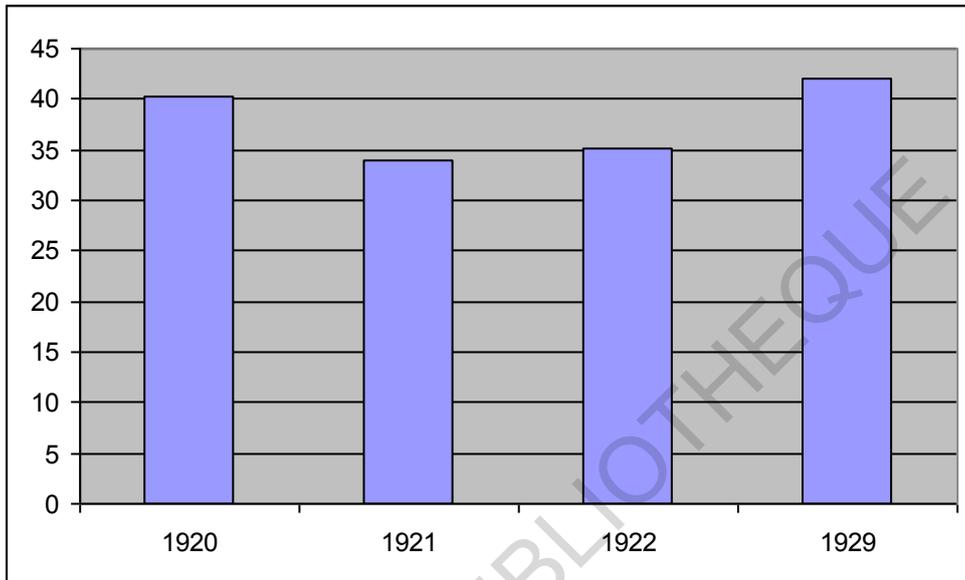
Pour une population estimée en 1929 à 18.147 hts dont 8170 hommes et 9977 femmes, le taux de natalité semble singulièrement élevé, comparé aux autres villes à l'image de Dakar et Rufisque.

377. Dr. Merveilleux, « Notes démographiques et protection de l'enfance à Saint – Louis », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, Tome IX, 1906, pp. 132 – 139, p. 132.

378. MBokolo E, *op. cit.*, p.166.

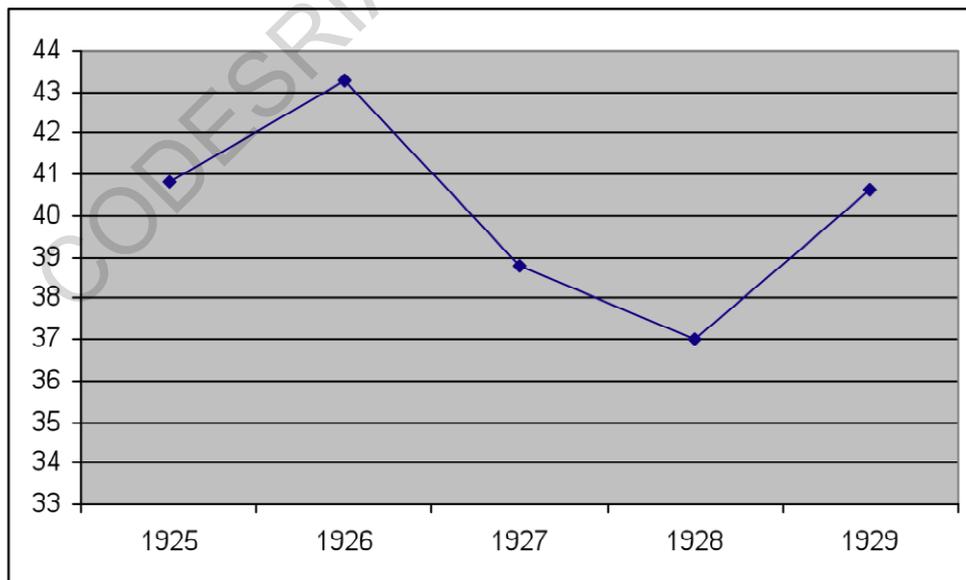
A Saint Louis, le pic est atteint en 1922 (1217 naissances) alors que le ressac de la vague est atteint en 1921 et 1925 (1078 naissances), période sérieusement éprouvée par l'épidémie de peste qui frappa à coups redoublés la colonie.

Graphique 38 : Taux de natalité à Dakar de 1921 à 1925



Source : Cazanove, *Essai de démographie des colonies françaises* », *Bulletin Officiel d'Hygiène Publique*, août 1930

Graphique 39 : Taux de natalité à Rufisque de 1925 à 1929



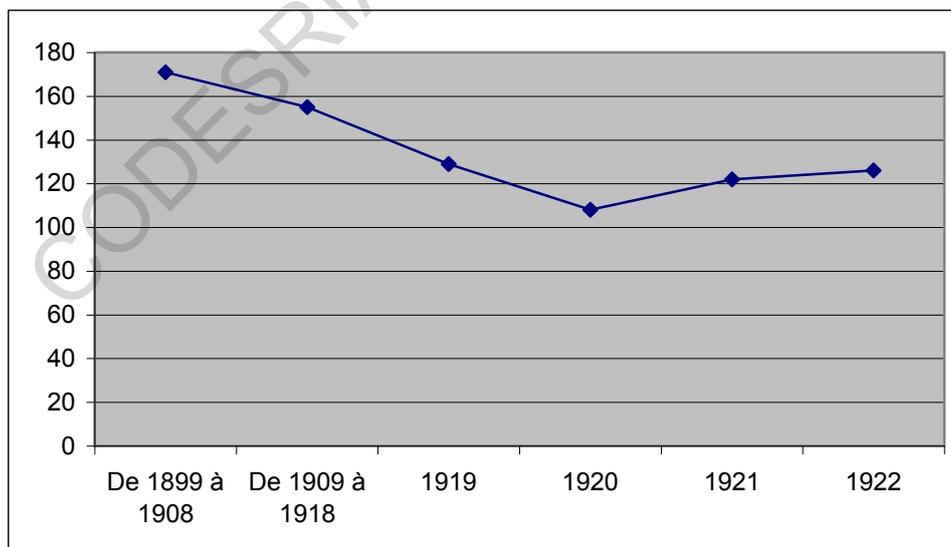
Cazanove, « *Essai de démographie des colonies françaises* », *Bulletin Officiel d'Hygiène Publique*, août 1930

En vérité, le taux de natalité enregistré à Saint Louis dépasse largement ceux de Dakar et de Rufisque. En 1929, le taux de natalité à Saint Louis est de 63,8 ‰ contre 40,6 ‰ à Rufisque et 42‰ à Dakar. Jusqu'à la fin des années 1920, le solde naturel de Dakar considérée à l'époque comme la grande nécropole était négatif. En 1909, le solde, négatif, s'élevait à 112 pertes.

Tableau 50 : Natalité et mortalité par commune en 1909

Communes	Natalité			Mort-nés	Mortalité			Enf.	Adult	Bén	Pert
	Masc.	Fémin.	Total		Masc.	Fémin.	Total				
Saint-Louis	586	480	1066	108	413	321	734	367	367	332	-
Dakar	299	258	557	102	377	292	669	317	317	-	112
Rufisque	197	138	335	122	152	154	306	150	150	29	-
Gorée	15	17	32	1	37	21	58	42	42	-	26
Totaux		893	1990	333	979	788	1767	876	876	361	138

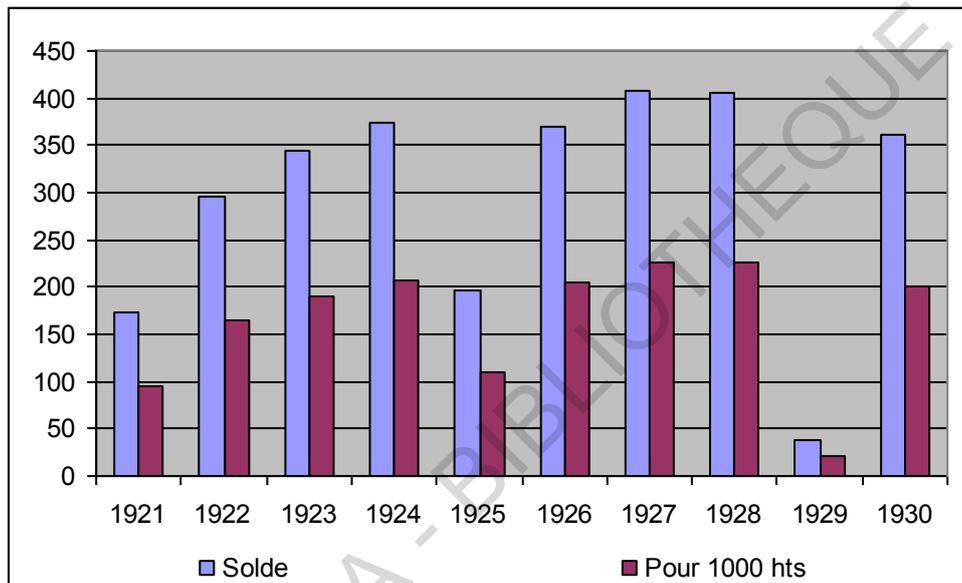
Graphique 40 : Mortalité à Dakar : morts – nés pour 1000 déclarations de naissance



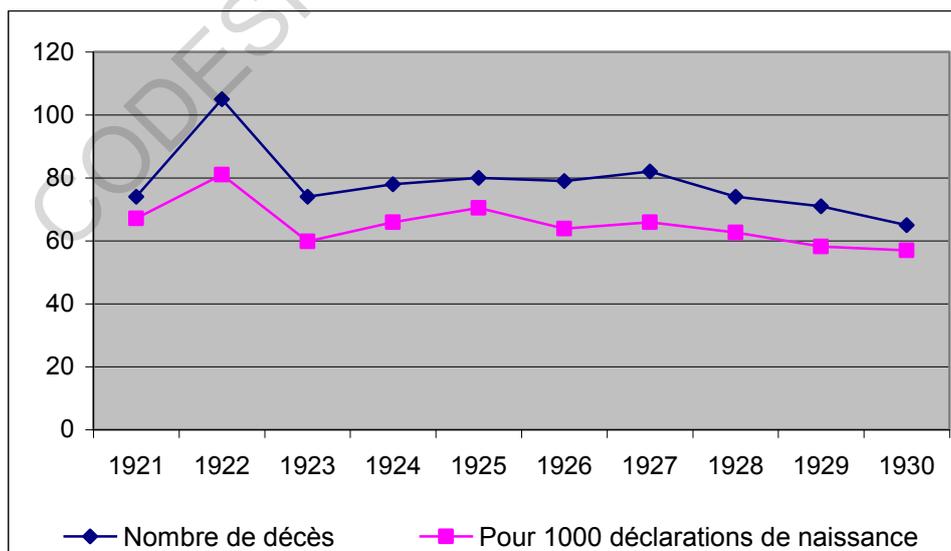
Source : Heckenroth et Bergonier, « Renseignements démographiques sur Dakar en 1922 », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1923.

Le décollage démographique de la ville s'opère à partir des années 1920 lorsque les paysans, chassés des campagnes par la conjoncture économique et météorologique (sécheresse), affluent vers la capitale fédérale devenue le réceptacle du flot migratoire. A la même époque, le solde naturel était largement excédentaire à Saint Louis de 1921 à 1930 avec des soldes de 205‰, 226,11‰ et 225,55‰ respectivement en 1926, 1927 et 1928.

Graphique 41 : Excédent des naissances sur les décès à Saint Louis de 1921 à 1930 (Indigènes)



Graphique 42 : Mortalité indigène à Saint Louis de 1921 à 1930



a-2 La période 1930 - 1950

Dans les années 1920, la saignée démographique occasionnée par la Grande Guerre fut aggravée par un processus de dénatalité en France. La métropole, apeurée par les dangers d'un vide démographique, se tourne vers les colonies dans l'optique de compenser ses pertes humaines. Mais le contexte démographique sous les tropiques n'est guère encourageant car, si le taux de natalité y est bien élevé, il reste qu'il est gravement contrebalancé par une morbidité et une mortalité en constante croissance. Dans le contexte de la politique de mise en valeur basée sur la régénérescence de la race noire (la fameuse doctrine « faire du nègre ») la répression de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile est inscrite parmi les priorités de la nouvelle politique sanitaire basée sur la médecine préventive et sociale qui supplante la médecine individuelle et curative.

A l'échelle du territoire, les enquêtes démographiques réalisées au cours de la décennie 1930-1940 incriminent les facteurs aux origines de la décadence démographiques : avortement pathologique, mortinatalité et mortalité infantile considérables³⁷⁹. Les observations faites sur l'état civil de Dakar rejoignent, d'ailleurs fortement ces constats. Ainsi, de 1900 à 1920, sur 10556 naissances indigènes, 4525 décès sont enregistrés d'où un taux de mortalité de l'ordre de 42,8 % contre 73 décès sur 571 naissances d'enfants européens de moins de 4 ans³⁸⁰.

379. Diop I.L., 1980, *Etude de la mortalité à Saint-Louis du Sénégal à partir des données d'état civil*. Thèse de doctorat. Université Paris I.

380. Diop A, 1997, « Les débuts de l'action sanitaire de la France en AOF » in AOF : *Réalités et héritages...*, *op. cit.*, pp 1213-1227, p 1227.

Tableau 51 : Etat civil de Dakar 1908 – 1945

Années	Naissances	Morts-nés	Décès	Solde naturel	Sources
1908	600	92	629	-29	2G 16/27
1909	533	102	689	-156	« »
1910	495	88	579	-84	« »
1911	505	75	572	-67	« »
1912	514	83	603	-89	« »
1913	558	102	598	-40	« »
1914	573	120	2054(peste)	-1481	« »
1915	558	126	911	-353	« »
1916	703	128	1506	-803	« »
1921	1149		2562	-1413	Louis Verrière
1926	1170		1754	-584	2G 27/19
1927	1206		1079	-127	« »
1936	2477	247	1771	+706	Louis Verrière
1945	5441		3012	+2429	« »

NB : Dans la balance naissance – décès, les morts – nés ne sont pas comptabilisé

Depuis 1908, d’après les sources statistiques de l’état civil de Dakar, le solde naturel était négatif dans la capitale fédérale à cause des nombreuses épidémies (fièvre jaune, rougeole, peste) en partie résultantes d’une forte immigration et d’un état sanitaire déplorable. La mortalité infantile était très élevée nonobstant l’existence d’infrastructures sanitaires. En 1932, à la Polyclinique de Dakar, sur 100 accouchements, on dénombrait 10 avant terme et sur 100 naissances vivantes, 12 à 15 mouraient dans les premiers jours contre 8 à 10 au cours de la première année³⁸¹, soit 25 %. Dans la circonscription de Dakar et Dépendances, sur 1000 enfants indigènes nés vivants en 1943, 263 sont décédés au cours de l’année suivante³⁸² dont 67 avant l’âge de 15 jours contre 278 en 1942. La mortalité infantile à la fin des années 1920 oscillait entre 195 et 226 pour mille³⁸³.

381. ANS 1H25(26).

382. ANS 1H102(163).

383. *Idem*.

De 1933 à 1935, la moyenne des enfants mort-nés rapportée aux grossesses atteignait 100‰. La situation était d'autant plus préoccupante que la ville, qui comptait 300000 hts en 1956, ne disposait que d'un seul centre de PMI qui assurait à lui seul 70 consultations prénatales par jour alors que la moyenne des enfants consultés s'élevait à 500 dont 60 étaient normaux et 440 en mauvaise santé³⁸⁴. A Saint-Louis, la mortalité infantile s'y révéla singulièrement importante en 1947 avec 30 décès avant 30 mois sur 100 naissances vivantes malgré une diminution régulière de la mortalité depuis 1945³⁸⁵.

Les grands travaux d'assainissement et l'utilisation des puissants moyens de lutte contre les grandes maladies endémiques et épidémiques ont amélioré l'hygiène, la situation sanitaire et eurent des effets sensibles dans la réduction de la mortalité. Ainsi, à partir de 1936, la situation s'inverse avec un solde positif et dès la fin du second conflit mondial, s'amorce une baisse de la mortalité. De 1948 à 1952, le taux de mortalité infantile est passé de 105‰ à 79‰ alors que dans les régions périphériques, elle pouvait atteindre des taux voisins de 60 %.

a-3 La période 1950 – c.a. 1970

C'est à partir du second conflit mondial que s'amorce une baisse sensible de la mortalité infantile du fait des interventions sanitaires verticales (campagnes de vaccination). Déjà, dès 1943, à Hot Springs, la conférence des Nations Unies (Forces Alliées) avait insisté sur la nécessité de mieux prendre en charge les couches vulnérables des pays colonisés ravagés par la malnutrition, la morbidité et la mortalité. La mise en place, deux ans plus tard de la Mission Anthropologique du Service des Grandes Endémies, de la médecine mobile

384. ANS 1H102(163).

385. Aubry (L) 1947, *op. cit.*

furent des facteurs déterminants dans le recul de la mortalité infantile. S’y ajoute la pression de l’opinion internationale et du système onusien (Unicef, FAO) préoccupés par l’ampleur de la morbidité et de la mortalité des couches vulnérables (mères, enfants) dans les pays sous - développés.

Tableau 52: Statistique d’état civil à Dakar.

	1948	1949	1950	1951	1952
Nombre de décès	2497	2520	2940	3338	2090
Nombre de naissances vivantes	6196	7089	8174	8873	9647
Excédent des naissances sur les décès	3699	4569	5234	5535	7557
Nombre de nourrissons de 0 à 1 an	651	750	943	1010	766
Taux de mortalité	9,98 ‰	10,08 ‰	11,7 ‰	13,3 ‰	8,36 ‰
Taux de natalité	24,78 ‰	28,35 ‰	32,6 ‰	35,4 ‰	38,58 ‰
Taux de mortalité infantile	105 ‰	106 ‰	115 ‰	113 ‰	79 ‰
Accroissement naturel de la population	14,79 ‰	18,27 ‰	20,9 ‰	22,1 ‰	30,2 ‰

Source : A.N.S 1H 102(163) Eléments de rédaction du rapport pour les années 1951 et 1952 destiné à l’organisation des Nations Unies et relatif à la protection de Collectivités, de la famille et de l’enfance. Partie Santé publique établis en exécution de la circulaire N°10-CAB/AS du 02 janvier 1954)

En quatre ans, le taux de mortalité infantile est passé de 105 ‰ en 1948 à 79 ‰ en 1952, soit une baisse de 25 ‰. Parallèlement, le taux de natalité est passé de 24,78 ‰ à 38,58 ‰ pour la même période, soit une différence de 13,8 ‰. Cette conjonction (baisse du taux de mortalité infantile et accroissement du taux de natalité) a des répercussions sur le rythme d’accroissement naturel de la population qui a doublé durant la période : en 1952, il est de 30,2‰ contre 14,79‰ en 1948. Le fonds du FIDES qui a grandement favorisé l’assainissement, l’équipement et la protection sanitaires de la capitale fédérale a largement contribué à la chute de la mortalité infantile.

Après l'indépendance, les connaissances sur les niveaux de mortalité infanto juvénile s'affinent à la suite de l'Enquête démographique de 1960 et l'Enquête Démographique à passages répétés entrepris dans le Sine Saloum en décembre 1962 puis à Bandafassi (Sénégal Oriental) deux années plus tard. Cependant, les statistiques sanitaires, notamment celles provenant des dispensaires de brousse, difficiles à recueillir et à interpréter devraient être corrigées et revues à la hausse en raison du sous enregistrement des événements (émission des enfants mourants très jeunes) et des erreurs de déclaration de la date de naissance et de l'âge au décès.

Tout compte fait, à l'orée des années 1960, la mortalité infantile et infanto juvénile, particulièrement en milieu rural, reste élevée malgré une tendance significative à la baisse. Abdoulaye Ly, Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sénégal ne dit pas autre chose lorsque, ouvrant, à Dakar, en février 1967, la Conférence du CIE axée sur les *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, il soutient, dans son allocution : « Si, en effet, dans nos pays, le milieu rural est le plus exposé aux grandes causes de morbidité et de mortalité, et le moins équipé pour y faire face, ce sont de très loin, les enfants qui payent le plus lourd tribut à la maladie et à toutes ses conséquences, dans ce milieu ;...500 enfants sénégalais sur 1000 ne dépassent pas le cap des cinq ans. La mortalité globale est de 150 ‰. Si elle baisse assez vite dans les villes (85 ‰ à Dakar), elle reste stationnaire dans les campagnes, où elle atteint et parfois dépasse 170 ‰ »³⁸⁶.

Les principes qui guident l'action du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sénégal à l'orée des années 1960 consistent à améliorer

386. Ly A, Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sénégal, Exposé *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, CIE, Réunions et Conférences XIV, Institut de Pédiatrie Sociale. Dakar, février 1967, p. 11.

le sort des enfants et des mères. Dans ce contexte, le but primordial est de diminuer très rapidement la morbidité et la mortalité infantiles sous toutes ses formes³⁸⁷. D'une manière générale, la mortalité infantile a chuté sur l'ensemble du pays de 147 à 106 pour mille entre 1960 et 1978 tandis que la mortalité juvénile a décliné de 253 à 149 pour mille. Ce qui, du reste, est illustré par les statistiques suivantes.

Tableau 53 : Mortalité générale et dans l'enfance au Sénégal

Localisation	Milieu	Période	Mortalité pour mille			Type technique
			Infantile	1-4 ans	Générale	
Moyenne vallée du Sénégal	Rural, sédentaire	1957	190	45	23,7	A
	Escales	"	177	58	27	"
	Ensemble	"	173		23,	"
	Ensemble	1960	116		17,5	"
Ensemble Sénégal	Ensemble	1960/1961	93		16,7	"
	Rural	"	109		18,7	"
	Urbain	"	36		9,5	"
Dakar	Grand Centre		34		8,4	"
		1959/1965	84			G
Pikine	Grand Centre	1967		20		G+D
Khombole	Petit Centre Baol	1965/1967		48		D
Thiénéba (Village Témoin)	Rural Baol	"		141		"
Niakhar	Rural (Sine)	1963/1965	170	109	34,3	"
Paos Koto	Rural Saloum	"	129	81	27,3	"

Source : Baylet (), Benyoussef () et Cantrelle (P) 1972.

L'examen des données pour la période 1960-1978 signale une tendance vers un ralentissement de la mortalité³⁸⁸.

387. *Ibid.*

388. Antoine P, Bâ A, 1995, « Mortalité et santé dans les villes africaines » in *Afrique contemporaine*, No spécial, 4e trimestre, pp139-146, p 140,

Ainsi, une étude réalisée à Dakar et à Pikine montre une inflexion de la courbe du niveau de mortalité infanto juvénile au début des années 1970 et, ce faisant met en évidence un ralentissement de la baisse de la mortalité³⁸⁹. Le taux de mortalité avant 5 ans, de 209 ‰ en 1960-64, est passé à 182 ‰ en 1965-69 puis à 145 ‰ avant d'amorcer une chute plus lente pour se situer à 110-115 ‰ en 1980-84.

2. Les facteurs et variations de la mortalité des enfants

Les causes de la mortalité posent problème du fait de l'absence d'enregistrement correct et d'un état civil très lacunaire. Aux dires de Constant Mathis, « les causes de la mortalité infantile sont si nombreuses qu'il est impossible d'établir, dans tous les cas, avec exactitude, le diagnostic de l'affection à laquelle l'enfant a succombé »³⁹⁰. Toutefois, il est hors de doute que les facteurs socio-économiques, culturels, démographiques, environnementaux et sanitaires agissent sur les taux de mortalité des enfants. Ensemble, ils se combinent le plus souvent de façon synergique pour peser sur la morbidité et la mortalité des nouveau-nés et des enfants.

a) Les variations annuelles et saisonnières

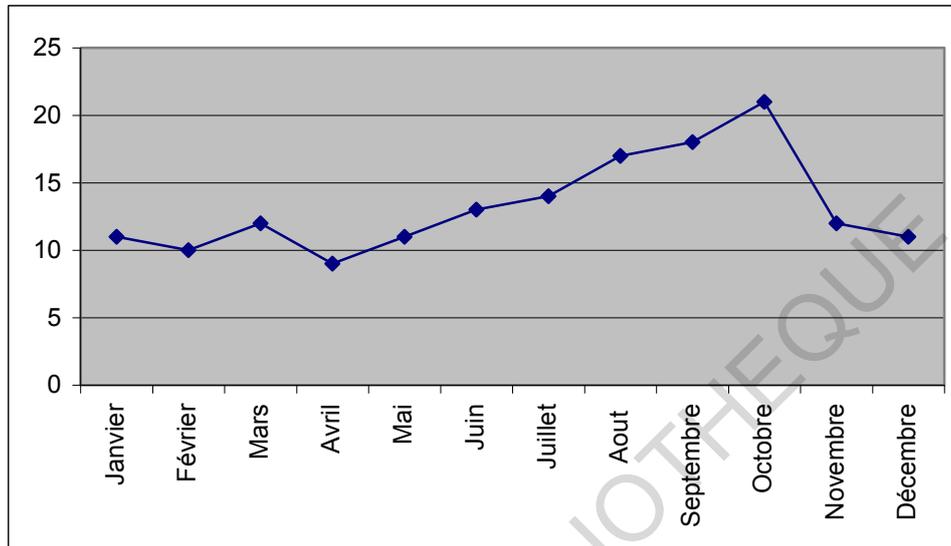
La mortalité infantile connaît d'importantes variations annuelles et saisonnières. L'analyse des données relatives à la mortalité infantile indique des sommets pendant l'hivernage (septembre à novembre) alors que le ressac de la vague est atteint entre mars et juin qui correspondent à la saison sèche. Témoin, à Saint-Louis, la mortalité générale, de même que la mortalité infantile suivent

389. *Ibid.*

390. Mathuis C, *op. cit*, p.340.

une évolution saisonnière. Les pics sont atteints avec 114 décès en septembre qui coïncide avec la recrudescence du paludisme alors que le creux de la vague est observé en avril (saison sèche) où seules 51 victimes sont enregistrées³⁹¹.

Graphique 44 : Moyenne mensuelle de la mortalité infantile à Saint-Louis de 1923 à 1930



Source : Lefrou G., Allard M, op cit.

Tableau 54 : Mortalité générale par année et par mois nombre de décès à Saint Louis de 1921 à 1930

Années	J	F	M	A	M	Juin	Juil.	A	S	O	N	D	Totaux
1930	75	64	55	37	39	39	48	60	60	54	55	61	647
1929	39	44	47	42	54	170	252	117	82	73	78	42	1040
1928	48	50	54	48	57	40	47	46	48	76	68	47	627
1927	50	36	45	37	59	58	64	49	62	76	68	69	673
1926	41	42	51	46	51	50	76	59	80	79	62	71	708
1925	74	106	110	58	67	51	54	43	72	56	46	40	777
1924	45	47	49	41	38	43	48	61	71	77	50	83	653
1923	50	39	51	40	46	36	59	70	89	120	76	68	744
1922	66	62	71	58	47	41	53	56	81	100	102	73	790
1921	94	81	68	53	60	46	59	49	70	97	60	44	781
Totaux	582	571	601	460	518	574	760	610	695	808	663	598	7440

Source: Lefrou G., Allard M, op. cit., p.415

391. *Idem*, p 133

Tableau 55 : Natalité et mortalité mensuelles dans les 4 communes en 1909

Mois	Natalité				Mortalité					Bénéf.	Perte
	Sexe		Total	Mort-nés	Sexe		Total	Enf.	Adult		
	Masc	Fém			Masc	Fém					
Janvier	79	77	156	26	67	59	126	48	78	30	–
Février	96	75	171	25	63	45	108	30	78	63	–
Mars	90	94	184	22	68	52	120	56	64	64	–
Avril	109	60	169	35	70	43	113	53	60	56	–
Mai	90	69	159	10	68	59	127	55	72	32	–
Juin	82	57	139	35	61	57	118	55	63	21	–
Juillet	83	71	154	34	75	47	122	56	66	32	–
Août	104	73	177	24	86	75	161	88	73	16	–
Septembre	92	77	169	45	128	84	212	122	90	–	43
Octobre	63	86	149	29	106	107	213	148	65	–	64
Novembre	109	83	192	27	94	87	181	99	82	11	–
Décembre	100	71	171	15	93	73	166	81	85	5	–
Totaux	1097	893	1990	333	979	788	1767	891	876	330	107

Source Dr.Merveilleux, « Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.) », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, pp. 676-704, p. 676.

Dans la décade 1921-1930, la mortalité est singulièrement importante durant la saison des pluies avec des sommets en septembre (695 victimes) et octobre (808 décès). Le taux très élevé en juillet (760 morts) est à mettre à l'actif de l'épidémie de peste qui frappa la ville en 1929 et qui laissa de grands vides humains (252 décès) ; comparée aux autres années, 1929 est la plus meurtrière (1040 décès). Le creux de la vague est noté au cours de la saison sèche (février à juin), période durant laquelle sont enregistrés les taux de mortalité les plus bas.

En 1909, la même tendance se dégage dans les Quatre Communes. Le solde naturel est positif, hormis les mois de septembre et octobre, au cours et

décours de l'hivernage, où sont notées des pertes qui s'élèvent respectivement à 43 et 64 décès. Au cours de ces deux mois, la mortalité infantile dépasse plus de la moitié du taux de mortalité général : 122 enfants décédés sur les 212 en septembre sans compter les mort-nés qui s'élèvent à 45 ; 148 enfants décédés sur 213 enregistrés en octobre, compte non tenu des mort-nés évalués à 29.

Les mêmes tendances générales se dégagent dans la commune de Rufisque où, en 1909, les sommets de la mortalité infantile sont atteints en septembre et octobre avec respectivement 27 et 30 décès. En octobre, la mortalité infantile représente 70 % de la mortalité générale. Sur le registre de cette forte mortalité, on peut, sans aucun doute, inscrire le paludisme. D'autant plus que la ville, parsemée de canaux à ciel ouvert, en proie souvent aux inondations durant la période hivernale, favorise le pullulement de la faune anophélienne et, ce faisant, l'infection paludéenne.

A Dakar, le taux de mortalité infantile fluctue durant l'année, comme du reste la mortalité générale ; aussi, atteint-il son étiage les mois d'avril, mai, juin avec respectivement 40 pour mille, 41 pour mille et 44 pour mille avant d'amorcer une remontée en flèche certainement imputable au paludisme au cours des mois d'octobre (96 pour mille en 1952) et de novembre (128 pour mille en 1943)³⁹². De même, des observations faites dans la zone de Khombole entre 1964 et 1968 font état d'une mortalité saisonnière³⁹³ avec des pics à la fin de la saison des pluies marquée par les effets de la soudure et la prolifération des moustiques, vecteurs du paludisme.

392. ANS 1H 102 (163).

393. Cantrelle (P), 1969, *Mortalité de l'enfant dans la région de Khombole 1964-1968*. ORSTOM, 1968.

A Khombole, les taux les plus élevés sont observés en septembre, octobre et novembre avec respectivement 17, 18 et 16 % alors que le creux de la vague est atteint entre mars et juin (entre 2 et 4 %).

Tableau 56: Mortalité saisonnière 1 - 4 ans PMI

Mois	1964	1965	1966	1967	1968	Total	Ensemble 1964-67	%
Janvier	7	2	5	7	3	24	21	7
Février	8	4	4	3	4	23	19	6
Mars	9	1	2	3	2	17	15	5
Avril	2	1	7	3	5	18	13	4
Mai	-	-	-	-	4	4	-	-
Juin	2	4	-	1	4	11	9	3
Juillet	9	3	5	2	5	24	19	6
Août	8	13	7	10	9	47	38	13
Septembre	12	14	10	10	7	53	46	16
Octobre	15	13	14	14	8	64	56	19
Novembre	7	3	14	8	5	37	32	11
Décembre	2	2	12	12	2	30	38	10
Total	81	60	80	73	58	352	296	100

Source : Cantrelle (P), *Mortalité de l'enfant dans la région de Khombole – Thiénaba 1964-68* ORSTOM Avril 1969.

Au niveau des villages couverts par l'Institut de Pédiatrie Sociale et le centre de santé rurale (Mbourouaye, NGoundiane, Diack, Niamar, etc.), les mêmes tendances se dégagent. Alors que les pointes sont observées en septembre (16 %) et octobre (19 %), les minima se dessinent entre avril et mai (3 à 4 %). Outre les variations saisonnières, la mortalité infantile est soumise à des fluctuations d'une année à l'autre, ou d'une période de plusieurs années à l'autre.

Tableau 57: Variations annuelles du taux de mortalité à Khombole - Thiénaba
1 - 4 ans (pour 1000)

Année	Groupe PMI	Groupe témoin	Observations
1965	100	93	Année moyenne
1966	133	163	Sécheresse, déficits pluviométriques et alimentaires, soudure
1967	129	147	Fortes précipitations Recrudescence palustre
1968	103	83	Sécheresse exceptionnelle Peu de paludisme
1969	149	210	Disette liée à la mauvaise récolte de l'année précédente

Source : Cantrelle (P), « Mortalité du jeune enfant en Afrique intertropicale », *Les Carnets de l'Enfance* Vol N°15 - p 104.

Les variations climatiques soumettent la population infantile à un véritable dilemme. Alors que le déficit pluviométrique accentue l'insécurité alimentaire et augmente la mortalité infantile du fait de la malnutrition et des épidémies (rougeole), les fortes précipitations engendrent, à leur tour, une recrudescence palustre à laquelle le groupe des jeunes enfants est particulièrement vulnérable. Par contre toute période de sécheresse – comme ce fut le cas en 1968 – amène un certain répit palustre en raison d'une raréfaction de la faune anophélienne. C'est durant cette année que le taux le plus bas est observé dans le groupe témoin. L'année précédente, les fortes précipitations s'accompagnent d'une recrudescence palustre et d'une forte mortalité aussi bien dans le groupe PMI (129‰) qu'au sein du groupe témoin (147 ‰).

En 1966, la conjugaison de deux facteurs explique les taux exceptionnellement élevés (133 ‰ dans le groupe PMI et 163 ‰ pour le groupe témoin) : l'insécurité alimentaire à laquelle s'ajoute la sécheresse.

b) Les variations géographiques

Le différentiel urbain/rural est discriminant s'agissant des niveaux de mortalité. Les écarts observés entre les niveaux de la mortalité urbaine et rurale résultent d'un ensemble de facteurs. Les villes disposent d'infrastructures sanitaires plus denses, plus diversifiées et concentrent les activités économiques, source et revenus. En milieu rural, en 1965, la mortalité est estimée à 170 ‰ contre 150 ‰ pour la mortalité globale ; à la même époque, elle s'élevait à 85 ‰ à Dakar³⁹⁴. Une telle situation résulte des « conditions de vie en brousse – et trop souvent de mort, - de l'enfant »³⁹⁵.

En effet, selon M. Abdoulaye Ly, ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sénégal, « on peut même affirmer que l'enfant est menacé avant que de naître. La morbidité maternelle, en particulier la stérilité, avec toutes ses répercussions psychiques et morales, ont déjà retenu l'attention de nos trop rares gynécologues et du fait que le nombre de dispensaires et de maternités ne couvre pas suffisamment le pays, trop de paysannes ne sont pas assistées ni par un médecin, ni même par un agent paramédical et les dystocies, comme les mortalités subséquentes, sont nombreuses. En brousse, l'enfant sénégalais vient au monde dans les conditions les plus difficiles. »³⁹⁶

L'analyse comparée des données statistiques de 1942 à 1966 entre les villes et les campagnes permet d'apprécier à sa juste valeur le différentiel urbain – rural.

394. Ly A, Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sénégal, allocution lors du colloque *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, CIE, Réunions et Conférences XIV, Institut de Pédiatrie Sociale. Dakar, février 1967, p. 11.

395. *Ibid.*

396. *Ibid.*

Tableau 58 : Mortalité périnatale et infantile au Sénégal

Localisation	Milieu	Période	Quotient de mortalité pour 1000 naissances vivantes			
			Morti-natalité	0 semaine	0 mois	0 ans
Dakar	Grand Centre	1942/1945				175
		1946/1946				145
		1951/1952				106
		1954/1956				106
		1959/1965	40			84
		1964/1965		19	34	89
Khombole	Petit Centre Baol	1962/1966*	27	16	25	67
Thiénaba (village témoin)	Rural Baol	1966/1967*		43	101	247
Palmarin - Fakao	Village	1943/1963		53	81	185
Paos Koto	Rural Saloum	1963/1965			45	129
Niakhar	Rural (Sine)	1963/1965			43	170
		1965/1966	40	33	53	233

* A partir du devenir des gestations

Source : Baylet (), Benyoussef () et Cantrelle (P) 1972.

Si la mortalité infantile a baissé sur l'ensemble du pays, c'est dans la presque île du Cap Vert que sont enregistrés les niveaux les plus bas. Les impacts de la polarisation et de la macrocéphalie entraînent une disparité des taux de mortalité entre l'urbain et le monde rural. En 1965, le taux de mortalité infantile est de 233 ‰ à Niakhar et 89 ‰ à Dakar, soit un écart de 144 points; aussi, les chances de survie de l'enfant dakarois sont-elles 2,61 fois plus élevées que celui de Niakhar. A Thiénaba, à la même époque, cette proportion est de 2,77 par rapport à Dakar. En deux décennies, de 1945 à 1965, la mortalité infantile a baissé de moitié. La situation privilégiée de Dakar résulte des disparités socio-économiques et de l'inégale répartition des infrastructures sur l'ensemble du

territoire. L'agglomération dakaroise concentre le tiers des hôpitaux, plus des deux tiers des médecins et dispose d'une meilleure protection sanitaire.

La comparaison est beaucoup plus perceptible entre Khombole (petite ville) et Thiénéba (village) distants d'une dizaine de kms³⁹⁷. Ici, le taux de mortalité, en 1966/1967, est singulièrement élevé (247 ‰) contrairement à la première localité. Ainsi, les enfants de ce petit centre urbain ont 3,6 fois plus de chance de survie que ceux du village témoin³⁹⁸. Cependant, les bas niveaux observés à Khombole résultent, à n'en pas douter, d'une protection sanitaire des enfants et des mères (vaccination, campagnes de chimio prophylaxie du paludisme, éducation sanitaire et nutritionnelle) assurée par la faculté de Médecine de Dakar (Université) depuis 1957.

Partout ailleurs, en zone rurale, les taux de mortalité s'avèrent très élevés : 247 ‰ à Thiénaba en 1966/67, 185 ‰ à Palmarin Fakao et 233 ‰ à Niakhar en 1965/66 certainement à cause de la sécheresse exceptionnelle qui a sévi au Sénégal durant la période, notamment en milieu rural. Des comparaisons entre le milieu urbain et la zone rurale où une enquête est menée des années font connaître annuellement la mortalité de 10.000 enfants petits villageois et celle de 800 enfants de l'escale de Khombole³⁹⁹.

397. Cantrelle P, *Mortalité de l'enfant dans la région de Khombole – Thiénaba 1964-68* ORSTOM Avril 1969.

398. *Ibid.*

399. B. Seck, P. Cantrelle, I. Niang, E. Bouthreuil et P. Satgé, « Apropos de problèmes de l'enfance entre 0 et 5ans dans un faubourg de Dakar », *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique noire de langue française*, volume 9, 1969, pp 639- 652, p.650.

Sur 1000 enfants nés vivants vont mourir :

Tableau 59 : Mortalité différentielle au Sénégal dans les années 1960

	0 à 1 an	1 à 4 ans
En brousse	200 enfants	346 enfants
Escale Khombole	82	164
Pikine (1967-69)	70	80
France	20	1

Source : B. Seck, P. Cantrelle, I. Niang, E. Bouthreuil et P. Satgé, « A propos de problèmes de l'enfance entre 0 et 5ans dans un faubourg de Dakar », *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique noire de langue française*, volume 9, 1969, pp 639- 652, p.650

Une enquête menée à Pikine entre juillet 1967 et Décembre 1969 indique que les infections respiratoires, digestives et la malnutrition sont les affections les plus fréquentes⁴⁰⁰. L'étude de la mortalité en 1967 sur l'ensemble de la population de 0 à 4 ans révèle un taux de mortalité infantile de 82 pour mille et une mortalité 1 à 4 ans analogue à celle de la première année. Ainsi, à Pikine, sur 1000 enfants nés vivants, 150 ont disparu à l'âge de 5 ans alors qu'en zone rurale, les chiffres sont plus effrayants, plus de la moitié étant décimée avec 546 décès⁴⁰¹. En somme, la densité médicale largement favorable aux zones urbaines et les milieux ruraux peu protégés au plan sanitaire impliquent des différences entre les niveaux de mortalité urbaine et rurale.

Pourtant, la corrélation entre urbanisation et baisse de la mortalité est fortement remise en cause du fait d'une recrudescence de la mortalité notamment dans les milieux périurbains.

400. *Idem.*

401. *Ibid.*

c) Les facteurs alimentaires

Une analyse de la situation nutritionnelle permet de saisir l'impact de l'alimentation sur la mortalité infantile. Celle-ci est fortement influencée par l'état nutritionnel qui, directement ou indirectement intervient en facilitant l'installation des maladies infectieuses et parasitaires.

Une étude réalisée⁴⁰² dans le Sine et le Saloum (comparaison entre Niakhar et Paos Koto) fait ressortir une corrélation entre la surmortalité à Niakhar et la situation alimentaire. Le Sine, qui dispose, par rapport au Saloum, d'une densité médicale plus favorable, se particularise par une forte mortalité alors qu'on aurait dû s'attendre à des niveaux relativement bas. Les enquêtes menées dans les deux zones relient un tel paradoxe à la production agricole.

Tableau 60 : Production agricole et superficie disponible

Production et surface agricole	Sine (Niakhar)	Saloum (Paos - Koto)
Superficie cultivable en ha/ht	1	2,5
Superficie cultivée	0,9	1,5
Production d'arachides en kg /ht	280	864
Production de mil et sorgho en kg/ht	334	573

Source : Cantrelle (P) *op. cit.* 1980

Les superficies disponibles et les productions agricoles sont largement supérieures dans le Saloum. De plus, les activités pastorales et concomitamment les disponibilités protéiques, sont plus importantes dans le Saloum où les Peulhs représentent 13,7 % de la population contre 0,2 % dans le Sine⁴⁰³.

402. Cantrelle P, 1980, *op. cit.*

403. *Idem*, p 667.

A Saint-Louis, l'importance de la mortalité infantile et de la mortinatalité montre le rôle crucial du « péril alimentaire »⁴⁰⁴. En 1947, sur 672 enfants hypotrophiques dépistés, la plupart des cas sont liés à une alimentation disproportionnée avec l'âge de l'enfant. Un diagnostic des affections les plus fréquentes révèle une prédominance des maladies de carence : une hypotrophie, une athrepsie décharnée des premiers mois, des jambes grêles contrastant avec l'abdomen, un retard de croissance staturale, une peau sèche grisâtre, des cheveux éclaircis et une fréquence des stomatites hémorragiques.

L'évolution de ces troubles dégénératif, souvent, en une aggravation progressive qui se manifeste par la persistance de l'état dystrophique et par une croissance retardée, source d'une importante mortalité infantile. A l'hôpital de Saint-Louis, durant la même période, chez 42 enfants cachectiques à l'entrée avec une insuffisance pondérale de plus de 50 %, 21 décès furent enregistrés et seulement une dizaine d'améliorations.

Des observations faites dans la zone de Khombole en 1964-68 confortent ces constats⁴⁰⁵. La surmortalité observée en 1966 découle de l'insécurité alimentaire occasionnée par la sécheresse exceptionnelle qui a favorisé la propagation et la recrudescence des maladies infectieuses, en l'occurrence la rougeole. Les disponibilités alimentaires, notamment en zone rurale, résultent de la production agricole. Or, l'épuisement des terres, la déforestation massive, l'irrégularité des précipitations, en somme la dégradation des bases écologiques de la production compromettent fortement la production agricole et la sécurité alimentaire. D'autant plus que les tendances démographiques, l'accroissement naturel soutenu impliquent une diminution des disponibilités alimentaires par habitant et remettent en cause l'amélioration du niveau de santé.

404. Aubry L, 1947, *op. cit.*

405. Cantrelle P, 1969, *op. cit.*

d) Les facteurs sanitaires

Les principales causes des décès relevés dans les centres d'état civil et structures hospitalières se résument aux carences et aux infections.

Des relevés effectués à partir des circonstances de décès déclarés en 1927 indiquent les diarrhées et gastro-entérites, le paludisme et les affections de l'appareil respiratoire comme principales causes de la mortalité du nourrisson et du jeune enfant⁴⁰⁶. L'AMI, en effet, estime que la mortalité infantile « est due chez les enfants à l'absence totale d'hygiène, au tétanos ombilical par défaut de précaution à la section du cordon, à la diarrhée infantile par alimentation précoce vicieuse, à la broncho-pneumonie par insuffisance de précaution contre le froid, au paludisme par défaut de protection contre les moustiques »⁴⁰⁷.

Un relevé statistique, somme toute lacunaire, élaboré par le Dr Merveilleux, renseigne sur les maladies incriminées dans la mortalité générale.

406. ANS 1H102(163).

407. ANS 1H25(26), Instruction sur le fonctionnement de l'AMI. Gouvernement général AOF, Gorée 1927.

Tableau 61 : Décès par maladies et par hôpitaux en 1909

Maladies	Saint Louis				Dakar		Gorée				Totaux	
	Hôp.colonl		Hôp.civil		Hôp.colonial		Ambulance		Hôp.civil		Eur	Ind.
	Eur	Ind.	Eu	Ind.	Eur	Ind.	Eur	Ind.	Eur	Ind.		
Mal. endémiq	–	–	1	–	5	–	–	–	–	–	6	–
Paludisme	–	–	–	–	6	2	–	–	–	–	6	2
Fièvre B H	2	–	–	–	10	–	–	–	–	–	12	–
Trypanosom.	–	1	–	1	–	1	–	–	–	1	–	4
Béribéri	–	–	–	–	–	4	–	–	–	2	–	6
Aut.mal. end.	2	1	–	8	2	–	–	–	–	2	4	11
Mal. sporadiqu	6	6	2	17	9	22	–	–	3	18	20	63
Mal. chirurgic.	1	1	2	8	3	6	–	–	–	5	6	20
Syphilis	–	–	–	3	–	2	–	–	–	–	–	5
Aut.rmal. vénér	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gross accouch.	–	–	–	6	–	–	–	–	–	1	–	7
Aliénat.mental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Total	11	9	5	43	35	37	–	–	3	29	54	118
	20		48		72		–		32		172	

Source : Dr.Merveilleux, 1909 op cit.

Il est hors de doute que les données fournies concernent plus les Européens et la troupe que la population africaine. Le tableau nosologique, lacunaire incrimine surtout les maladies sporadiques et les maladies chirurgicales. Pourtant, la mortalité maternelle figure dans le registre par une prise en compte des décès occasionnés par la grossesse et l'accouchement, au nombre de 8, dont l'essentiel en milieu africain (7 indigènes et 1 Européen). Il est certain que la nomenclature médicale a connu des évolutions durant la période coloniale. Sous le terme générique de « maladies sporadiques », se dévoilent plusieurs pathologies qui connaissent des allures épidémiques.

A une époque où prédominaient les théories pré pastoriennes qui accordaient aux facteurs telluriques et climatiques un rôle fondamental dans la genèse de maladies tropicales, le tableau nosologique consistait « à mettre de

l'ordre dans le chaos des fièvres des pays chauds »⁴⁰⁸. Quant aux maladies chirurgicales, elles réfèrent aux blessures (troupes).

Dans la décade 1920 – 1940, le tableau nosologique et la nomenclature médicale connaissent des évolutions. La classification des pathologies, plus précise, prend en compte désormais les maladies de l'enfant (rougeole, coqueluche) et d'autres atteintes qui affectent l'enfant : maladies respiratoires (affections de l'appareil respiratoire), diarrhées (appareil digestif de 0 à 10 ans, dysenteries), tétanos, paludisme, débilité congénitale, athrepsie. Ce qui est illustré par le tableau suivant.

Tableau 62 : Répartition de la mortalité générale et par causes de décès à Saint-Louis de 1923 à 1930

Causes de décès	1930	1929	1928	1927	1926	1925	1924	1923
Rougeole	15	–	–	–	–	97	–	–
Tétanos	10	16	20	31	37	60	32	24
Affections appareil respiratoire	162	224	140	94	74	116	74	
Tuberculose pulmonaire	20	15	19	35	50	33	27	116
Appareil digestif 0 à 1 an	57	53	32	33	35	24	–	33
Appareil digestif 1 à 3 ans	39	49	26	24	24	37	–	–
Appareil digestif 3 à 10 ans	10	29	13	44	28	16	–	–
Débilité congénitale, athrepsie	61	61	59	36	48	38	58	–
Dysenterie	26	5	3	1	–	–	–	60
Appareil circulatoire	41	26	26	58	25	19	7	23
Paludisme	20	9	21	28	50	15	48	82
Peste	–	224	–	–	–	–	–	–
Sénilité	29	35	20	48	52	69	74	73
Coqueluche	–	–	2	2	23	1	1	45
Appareil digestif	6	52	28	9	13	22	93	117
Grippe	–	–	–	–	–	–	22	–
Divers	140	222	219	230	249	230	217	171
Totaux	647	1040	628	673	708	777	653	744

Source: Lefrou G., Allard M, op cit.

408. Mathuis C, *op. cit*, p.3.

Les maladies respiratoires représentent 21,5 % des causes de mortalité en 1929 à Saint - Louis, contre 20,4 % des diarrhées dans la tranche d'âge de 0 à 10 ans (appareil digestif et dysenteries) en 1930. En 1925, 97 décès par rougeole sont relevés sur les 777 enregistrés.

Plus de deux décennies après, dans la même localité, les causes de décès avant et après sevrage chez les enfants de 0 à 7 ans sont illustrées par le tableau suivant :

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Tableau 63 : Causes des décès avant et après sevrage sur les enfants de 0 à 7 ans

	Enfants décédés avant la fin du sevrage		Enfants décédés après sevrage	
	Valeurs absolues	Taux	Valeurs absolues	Taux
Syphilis congénitale	28	6,2	5	7,2
Causes digestives				
Dysenteries (fébriles ou non)	17		9	
Fièvre, maux de ventres ou vomissements sans dysenteries Gros ventres	155		17	
Ictère, anémie avec géophagie	172		26	
Sous alimentation		39,1		37,3
Tétanos (ombilical sans sevrage)	27	6,1 %	3	4,5
Causes pulmonaires	52			
Angines				
Fièvre avec toux, gripes ou bronchites			5	
Fièvre avec otite	1			
Tuberculose	53	11,8 %	2	10,1 %
Paludisme				
Accès pernicieux ou palu aigu	31			
Palu + diarrhées		7 %	12	17,2
Maladies infectieuses				
Rougeole	16		1	
Coqueluche	12		2	
Diphtérie	4		3	4,5
	22	5,4		
Infections cutanées généralisées	35		3	
Sous-aliment – insuffisance lactée		8 %	2	7,1
Kwashiorkor				
Divers				
Accident	1		7	
Obstétricaux et post-obstétricaux	5			
Malformation congénitale	3		1	
Hémorragie ombilicale	7			
Prématurés ou débiles	47			
Conjonctivites				
Méningites				
Amaigrissement	10			5
Maux de tête + fièvre	5		8	11,5
	71	16,1 %		
Total	439	100 %	69	100 %

Source : Enquête Nourrissons – Hôpital Saint-Louis 1947

Ces causes recueillies d'après l'interrogatoire des femmes des villages, donnent des réponses plus descriptives que nosologiques. Ainsi des méningo-encéphalites ont pu être regroupées avec les tétanos ; des angines peuvent être diphtériques ; de même des maux de tête qui peuvent s'associer au paludisme. Avant la fin du sevrage, le taux de décès causés par la sous alimentation s'élève à 39,1 %. Après le sevrage, 28,7 % des décès sont occasionnés par le paludisme (associé aux maux de tête et à la fièvre) devant la tuberculose (11,8 % des décès avant le sevrage et 10,1 % après le sevrage).

Dans la décade 1957-1967, la combinaison des enquêtes de la MISOES et de l'ORSTOM permet d'apprécier l'évolution des causes de décès.

Tableau 64 : Répartition des décès selon circonstances pour le groupe 1 – 4 ans (%)

Circonstances de décès	Vallée du Fleuve Sénégal 1956-57	Sine 1963	Saloum 1965	Khombole-Thiénaba village témoins 1965-1967
Accidents	3	0,4	0,5	
Rougeole	52	15	28	22
Variole	-	-	-	-
Diarrhée	14	19	13	35
Paludisme, fièvre	11	19	16	19
Jaunisse	2	0,3	1	
Toux	3	5	4	
Coqueluche	3	1	1	
Autres	9	16	14	
Indéterminé	3	24	22	24
Ensemble	100	100	100	

Sources : Enquête Nourrissons MISOES 1956 – 1957, Cantrelle P 1969.

La rougeole figure à la première place des causes de décès dans la tranche d'âge de 1 à 4 ans. Dans la vallée du fleuve Sénégal, elle représente en 1956-57 plus de la moitié des circonstances de décès (52 %) contre 28 % dans le Saloum et 22 % dans la zone de Khombole. En 1965-67, dans celle-ci, la diarrhée occupe la première place des causes de décès (35 %) contre 19 % dans le Sine en 1963. Le paludisme figure à la troisième place des causes de décès : 19 % dans à Khombole et à Niakhar contre 16 % dans le Saloum et 11 % dans la Vallée.

On ne saurait analyser ces données sans mentionner le pourcentage élevé des causes indéterminées de décès qui s'élèvent à environ au quart dans le Sine et la zone de Khombole.

A Dakar, en 1968, les mêmes tendances se dessinent hormis le paludisme qui, avec 6,3 % est déclassé derrière les diarrhées (19,4 %), la rougeole (15,8 %), les carences (13,4 %) et les méningites (14,5 %).

Tableau 65 : Dakar 1968 – Décès 1 - 4 ans selon la cause déclarée

Rubrique	Nombre	%
Diarrhées	287	19,4
Tuberculose	15	1
Diphthérie	37	2,5
Coqueluche	40	2,7
Poliomyélite	4	0,3
Rougeole	234	15,8
Paludisme	93	6,3
Autres maladies infantiles et parasitaires	38	2,6
Tumeurs	8	0,5
Carences	199	13,4
Anémies	8	0,5
Méningites	215	14,5
Affections cardiovasculaires	10	0,7
Affections abdominales chirurgicales	76	5,1
Affections abdominales chirurgicales	3	0,2
Anomalies congénitales	6	0,4
Symptômes et états mal définis	103	7,0
Autres	92	6,2
Brûlures	17	1,2
Autres accidents	5	0,3
Total	1482	100

Source : Cantrelle P 1969.

Les circonstances des décès déclarés confirment le classement étiologique élaboré par l'AMI depuis 1927 et montrent le rôle des maladies diarrhéiques (39,1 % à Saint-Louis en 1947, 32,6 % en milieu rural en 1959-60, 19 % dans le Sine en 1965-1967 et 19,4 à Dakar en 1968), des infections de la prime enfance comme la rougeole et la coqueluche (16,2 % en milieu rural en 1960 contre 52 % dans la Vallée du Fleuve trois ans plus tôt ; 28 % dans le Saloum en 1963 – 65 ; 22 % dans la zone de Khombole – Thiénaba en 1965 – 1967 et 15,8 % à Dakar en 1968). Les carences avec 13,4 % à Dakar en 1968 et l'affection palustre (19 pour mille dans le Sine et dans la zone de Khombole –

Thiénaba) occupent une place importante parmi les causes de décès. Le taux de paludisme enregistré en 1968 à Dakar devrait être mis en relation avec l'année exceptionnelle de sécheresse qui a réduit la prolifération des agents vecteurs.

En définitive, l'établissement d'un diagnostic des affections les plus fréquentes, source de mortalité infantile, révèle d'une part une prédominance des maladies diarrhéiques et de carence et, d'autre part des maladies infectieuses de l'enfance (rougeole, coqueluche) et parasitaires au premier rang desquelles figure le paludisme.

Les tendances épidémiologiques au début des années 1970 ne remettent pas fortement en cause le classement étiologique effectué depuis les années 1930 hormis la réduction significative des maladies infectieuses de la première enfance (coqueluche, rougeole) suite aux grandes interventions sanitaires par l'immunisation. En effet, l'analyse de la situation épidémiologique et des statistiques au niveau des hôpitaux et des centres de santé indique une prépondérance du paludisme qui représente la première cause de décès infantile dans les formations sanitaires avec 50 % des cas et des maladies diarrhéiques avec 11 % des cas.

Inscrivons, dans le registre des facteurs de la mortalité infantile, les poussées épidémiques telles le choléra, la fièvre jaune. L'épidémie de fièvre jaune qui a sévi à la fin de l'année 1965 dans la région de Diourbel a compté parmi ses 187 victimes, 179 enfants de moins de 15 ans dont 177 ruraux et seulement 2 domiciliés dans la ville de Diourbel⁴⁰⁹. On se gardera bien d'oublier la mortalité liée à la grossesse, à l'accouchement et à l'état puerpéral comme l'illustrent ces statistiques recueillies à Dakar au début des années 1950.

409. Ly A, Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sénégal, allocution lors du colloque *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, CIE, Réunions et Conférences XIV, Institut de Pédiatrie Sociale. Dakar, février 1967, p. 11.

Tableau 66 : Mortalité liée à la grossesse, à l'accouchement et à l'état puerpéral à Dakar

	1950	1951
Complication à la grossesse	48 décès sur 6147 cas traités	54 décès sur 8409 cas traités
Avortement	34 décès sur 3996	47 décès sur 5898
Complication de l'accouchement	141 sur 2942	240 décès sur 5818
Complication de l'état puerpéral	53 sur 1316	83 sur 599

Source : A NS 1H 102 (163)

Il est évident que les proportions doivent être sensiblement revues à la hausse dans le monde rural compte tenu de l'inexistence d'infrastructures et de la faiblesse de la protection sanitaire, autant de facteurs qui exposent les enfants et les mères à une importante morbidité et mortalité.

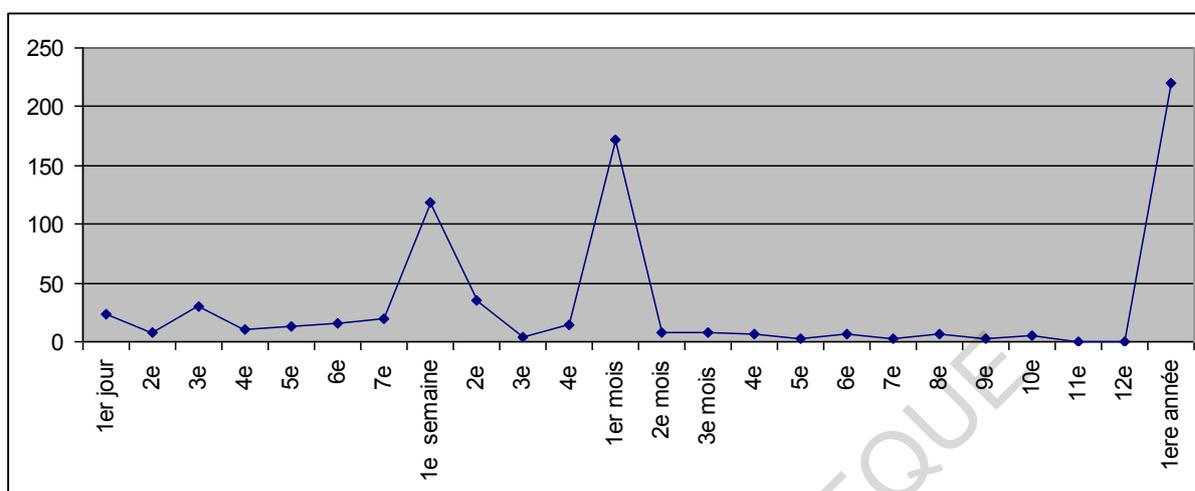
D'autres variables comme l'instruction de la mère, l'âge de la mère et l'intervalle intergénéral peuvent être corrélées à la mortalité infantile. De même, les facteurs socio-économiques (revenus, disponibilité en eau potable, etc.), le comportement vis-à-vis de la prévention des maladies de l'enfance, les soins prénatals, les vaccinations contre les maladies accroissent les chances de survie des enfants

e) L'âge

L'âge représente un paramètre important dans la mortalité du jeune enfant. L'analyse des données indique une forte corrélation de la mortalité infantile à l'âge du fait d'une surmortalité et d'une recrudescence des décès observés entre 12 et 24 mois.

Graphique 45 : Taux de mortalité infantile à Saint Louis de novembre 1903 à octobre

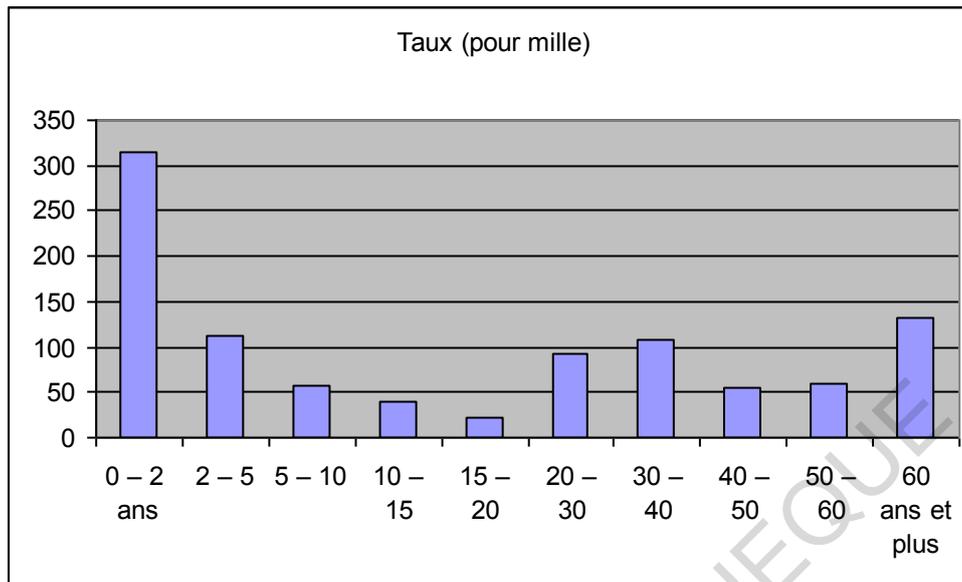
1904



Source : Dr. Merveilleux, « Notes démographiques et protection de l'enfant à Saint – Louis », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, Tome IX, 1906, pp. 132 – 139, p. 135.

La courbe, assez régulière jusqu'au 7^e jour, amorce dès la première semaine une pente ascendante vite remise en cause à partir de la 2^e semaine où elle s'écrase jusqu'à la 4^e. A partir de là, elle suit une remontée qui atteint un pic dès le premier mois où 172 décès sont relevés avant de suivre une pente raide qui traduit une baisse sensible de la mortalité à partir du premier bimestre. Dès le 2^e mois, le taux de mortalité amorce une chute notable qui se traduit par une tabulation de la courbe qui atteint son niveau d'étéage entre le 11^e et le 12^e mois ; puis elle monte brutalement pour atteindre le record pendant la première année avec 220 décès enregistrés.

Graphique 46 : Taux de mortalité à Saint Louis de novembre 1903 à octobre 1904



Source : Dr. Merveilleux, op cit.

A Saint Louis, la mortalité est considérable de 0 à 2 ans (268, soit 60 % des décès de 0 à 15 ans). Puis le graphique suit une pente raide qui reflète la baisse de la mortalité de 2 à 5 ans et de 5 à 10 ans avant d'atteindre le ressac de la vague de 15 à 20 ans.

Tableau 67 : Mortalité infantile annuelle par âge à Saint-Louis de 1921 à 1930

Année	0 - 3 J	4 - 8 J	9 - 15 j	16j - 1 m	1 m - 2 m	2 m - 3 m	3 m - 4 m	4 m - 5 m	5 m - 6 m	6 m - 7 m	7 m - 8 m	8 m - 9 m	9 m - 10 m	10 m - 11 m	11 m - 12 m	Totaux	
1930	13	35	18	7	10	11	8	8	3	6	9	4	6	8	5	27	178
1929	8	28	18	2	3	10	15	9	10	8	4	7	1	8	2	25	158
1928	15	31	14	7	12	7	3	4	-	5	5	4	1	8	1	13	130
1927	13	30	8	6	9	8	5	4	3	6	7	5	5	5	2	20	136
1926	13	26	16	13	6	9	7	6	4	8	5	8	12	14	3	21	171
1925	12	32	16	7	4	3	7	6	3	4	6	2	12	6	2	24	146
1924	14	35	20	4	11	5	7	4	7	8	6	9	2	5	6	16	159
1923	26	40	15	10	13	10	13	7	11	7	8	8	7	6	8	18	207
1922	22	44	18	11	14	8	6	6	4	4	7	1	4	7	-	13	169
1921	27	46	13	12	10	6	7	6	7	6	8	4	8	12	9	28	209
Totaux	168	347	156	79	92	77	78	60	52	62	65	52	58	79	38	205	1663
%	9,8	20,8	9,3	4,7	5,5	4,6	4,6	3,6	3,1	3,7	3,9	3,1	3,4	4,7	2,2	12,3	-

Source : Lefrou G., Allard M, op cit.

L'analyse des deux documents montre un taux de mortalité, particulièrement élevé de 0 jour à 1 mois (43,8 %). Le record de mortalité est atteint entre 4 et 8 jours avec un taux de 20,8 % alors que le creux de la vague est noté au 11^e mois (2,2%). La mortalité reste élevée dans la première quinzaine avant de fléchir jusqu'au 11^e mois (environ moins de 5 %), période à partir de laquelle elle suit une tendance ascendante le mois suivant 12^e mois).

D'une manière générale, l'analyse des données statistiques depuis la période coloniale indique des niveaux de mortalité infantile, très élevés les premiers mois, qui décroissent rapidement tout en restant importants avant de remonter pour atteindre un pic situé à des âges variables : vers la fin de la première année à Thiénaba et à Niakhar, 18 mois à Khombole et deux ans à Fakao⁴¹⁰. En effet, le système immunitaire du nourrisson à la naissance diminue progressivement avant de devenir critique à l'âge de 6 mois, exposant ainsi la population infantile aux nombreuses agressions infectieuses du fait d'un déficit protéique, faute d'un supplément alimentaire adéquat.

Dans tous les cas, la diminution de la mortalité infanto juvénile revêt une importante capitale en ce qu'elle permet la réduction de la mortalité générale, l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance ainsi que la création de conditions favorables au recul de la fécondité. Cependant, tant que les taux de mortalité seront importants, la forte fécondité se maintiendra pour renouveler les générations. En fait les niveaux de mortalité infantile particulièrement élevés expliquent certainement les comportements procréateurs des populations.

Par ailleurs, la mortalité maternelle constitue un facteur important de la mortalité infantile. La mortalité maternelle peut être définie comme le décès

410. Cantrelle P, *Mortalité périnatale et infantile au Sénégal*, op cit, p. 184.

d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais qui n'est ni accidentelle, ni fortuite. En 1961, le rapport du Ministère de la Santé Publique et des Affaires sociales dénombrait, sans pour autant que les causes soient indiquées, 193 décès maternels sur un total de 35 208 accouchements. Ce taux connaît d'importantes variations géographiques allant du simple au double avec 950 pour 10 000 en milieu rural contre 450 en zone urbaine.

La mortalité maternelle agit sur la mortalité infantile. En fait, la mort de la mère au cours de la grossesse ou 42 jours après sa terminaison dans certaines conditions cliniques engendre un risque probant de mortalité allant de 85 à 95 % pour l'enfant né dans ces circonstances.

Plusieurs facteurs associés influencent la mortalité maternelle Celle-ci est corrélée à la précocité de la première maternité, à la parité élevée, au mauvais état nutritionnel des mères (carences vitaminiques, déficit de fer, etc.). D'autres facteurs liés au sous-équipement, à l'insuffisance des infrastructures et personnels sanitaires contribuent aussi à l'élévation de la mortalité maternelle.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Assez tôt, les questions sanitaires ont interpellé les autorités coloniales. Dès le XIXe siècle, celles-ci se rendirent compte que la rentabilisation des colonies passait nécessairement par la maîtrise des endémo-épidémies susceptibles de remettre en question le projet colonial. Dans les premières années de l'exploitation coloniale, l'action médicale fut centrée sur la nosologie et l'étiologie, la préoccupation majeure étant axée sur la maîtrise des redoutables maladies endémiques et épidémiques qui affectaient les différentes composantes démographiques, notamment la population européenne.

Les maladies de la prime enfance, malgré leur virulence, ne furent pas au centre des préoccupations sanitaires du fait de leur prévalence essentiellement en milieu africain. Ainsi, la prise en compte de la pédiatrie dans l'action sanitaire fut relativement récente. C'est lorsque les grandes maladies pestilentielles « exotiques » (fièvre jaune, choléra,...) qui décimaient la population furent assez maîtrisées que les maladies de l'enfance occupèrent le devant de la scène. Il faudra attendre les années 1930 mais surtout la fin du second conflit mondial, sous la pression de l'opinion internationale et face aux impératifs de mise en valeur coloniale pour voir le secteur pédiatrique occuper le devant de la scène. En effet, la remise en cause du projet colonial par une forte mortalité infantile essentiellement induite par les infections épidémiques de la première enfance commandait la prise à bras le corps de la santé des populations indigènes, beaucoup moins d'ailleurs par philanthropie que par nécessité. Il s'agissait dans l'optique du pouvoir colonial, « de développer les races indigènes en quantité et en qualité » aux fins de rentabiliser le capital humain et, ce faisant, faire fructifier le capital argent. L'intensification de la protection maternelle et infantile, les campagnes massives de vaccination à partir de 1953 bien que dictées par

l'impératif de sauvegarde des intérêts coloniaux, ont permis la maîtrise progressive des épidémies et des maladies endémiques et contribué, à l'évidence, à diminuer la mortalité infantile au Sénégal. Ces actions furent poursuivies après l'indépendance grâce à l'appui des organisations internationales (OMS, UNICEF,...). Certaines maladies comme la variole furent même éradiquées.

La carte sanitaire, qui n'a pas connu de profondes reconfigurations laisse apparaître un double visage. D'une part, la région de l'Ouest au voisinage de Dakar bien équipée en centres de soins et en équipements sanitaires et de l'autre, une zone délaissée, frappée par la malnutrition et les maladies. En 1960, les dépenses budgétaires pour l'agglomération dakaroise étaient estimées à 1600 F/an/ht. D'ouest en Est, ce chiffre connaît une évolution négative : 400 F dans la zone arachidière, 160F/ht/an dans le Sénégal Oriental, le Ferlo, la Moyenne et Haute vallée du Sénégal. Après l'indépendance, ce visage n'a pas connu de modifications sensibles compte tenu d'une mauvaise distribution géographique des équipements et personnels sanitaires : près de 45 % du personnel sanitaire, 80 % du personnel privé et la moitié des lits d'hôpitaux sont localisés à Dakar. Cette polarisation sanitaire indique une baisse graduelle des niveaux de santé de la capitale à la périphérie où les enfants sont exposés à la malnutrition, aux carences et infections diverses.

Si la création du Service des grandes endémies dans les années 1950 a permis le contrôle, la maîtrise des grandes maladies, voire même leur éradication, à partir des années 1970, le désengagement de l'Etat du secteur de la santé, la déshérence du service d'hygiène, le relâchement dans la prévention ont consacré le retour des endémies qui affectent surtout la population infantile.

Le problème majeur reste lié dans les grandes villes, en particulier Dakar aux incidences sanitaires provenant d'une mauvaise protection de l'environnement. Or, les maladies infectieuses tropicales sont fortement connectées à l'écosystème.

Les virus, les bactéries, les champignons profitent de la moindre circonstance favorable à leur sortie et à leur prolifération (précipitations, insalubrité, poussière).

Une telle situation, implique une modification de l'épidémiologie de nombreuses maladies surtout en ville, milieu et espace de densification humaine. Ce qui, certainement explique la récurrence dans les zones urbaines des maladies hors saison telles du péril fécal (diarrhée, dysenterie, ascaridiose, choléra,...) dont la prolifération demeure liée à l'insalubrité, au péril excrémental et qui retentissent lourdement sur la population infantile.

A partir de 1970, le paludisme, la rougeole et la diarrhée représentent, dans les centres urbains, les principales causes de morbidité et de mortalité infantiles.

Le tableau synoptique réalisé par l'enquête CINAM-ORANA, qui fait état des syndromes pathologiques et infections affectant les enfants de 0 à 14 ans met en évidence une précarité de leur situation sanitaire et de leur état nutritionnel. Durant toute la période, l'enfant est exposé aux pathologies et agressions diverses. La première période critique, située entre 15 mois et 2 ans, est marquée par une mortalité élevée liée à des carences nutritionnelles.

A partir de trois ans, les enfants sont soumis à rude épreuve par l'affection palustre qui, de façon synergique, se combine aux parasitoses et aux carences nutritionnelles pour créer les conditions favorables à l'infiltration des anémies et à la propagation des maladies infectieuses de la prime enfance (rougeole, coqueluche). A l'accalmie palustre observée à partir de six ans, répond une ascension sensible jusqu'à quatorze ans des carences vitaminiques (avitaminoses A et B) fortement corrélées à l'âge.

Face aux pathologies qui affligent les enfants, alimentent la morbidité et la mortalité infantiles, les autorités coloniales prirent un ensemble de mesures et d'initiatives destinées à protéger le couple mère-enfant.