



Mémoire
Présenté par
Ngoné Guèye

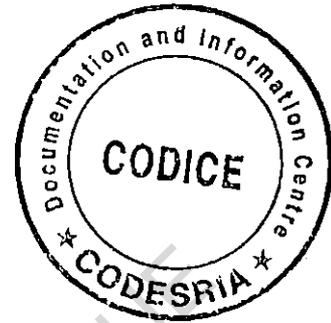
Université Cheikh Anta Diop de
Dakar
Faculté des Lettres et Sciences
Humaines Département
d'Histoire

Etude d'une profession médicale :
sages-femmes du Sénégal de 1918 à
1968

janvier 2003

07 AOUT 2003

Université Cheikh Anta Diop de Dakar
Faculté des Lettres et Sciences Humaines
Département d'Histoire



Étude d'une profession médicale : Les sages-femmes du Sénégal de 1918 à 1968

Mémoire de maîtrise d'histoire
présenté grâce à une subvention du CODESRIA

Par
Ngoné Guèye

Sous la direction de MM. :

Ousseynou Faye
Maître de conférences

Charles Becker
Chercheur au CNRS

Soutenu en janvier 2003
Version révisée, en date du 26 février 2003

Dédicace

À mes parents Abdoulaye Guèye et Aminata Mbaye, à toutes les femmes et sages-femmes qui, même si elles ne donnent pas la vie, aident à donner la vie et qui sont de vraies "femmes-modèles" ;

À mes grand-parents disparus Malèye Guèye, Nogaye Guèye, Ngouda Mbaye et Marième Tall ;

À toutes les personnes disparues lors du naufrage du bateau "le Joola" survenu le 26 septembre 2002 ;

À ma regretée amie Guiniane Diop, une amie de toujours qui nous a quittés très tôt à la suite d'un accident survenu le 22 octobre 2002, alors qu'elle s'apprêtait à soutenir son mémoire de maîtrise en lettres modernes. Comme si elle savait qu'elle allait nous quitter, elle ne cessait de dire, à ses derniers jours, "priez pour moi !" Prions tous pour le repos de son âme.

Remerciements

Nous tenons à remercier en premier lieu monsieur Ousseynou Faye qui a accepté de diriger notre travail, de sa disponibilité et de ses encouragements et monsieur Charles Becker qui nous a proposé ce sujet très important et très pertinent, alors que notre objectif premier était de travailler sur le démographie historique. En plus, il a bien voulu mettre à notre disposition tout son matériel (ordinateur, documents, etc.) nous permettant de travailler dans de bonnes conditions. À tous les deux, les critiques, conseils et orientations, nous ont été précieux pour l'élaboration de ce document en nous permettant de rectifier à chaque fois que cela s'impose. Nous remercions aussi les professeurs Mbaye Guèye, Ibrahima Thioub et Brahim Diop. Notre reconnaissance va également au CODESRIA pour son aide financière qui nous a permis de faire le maximum d'enquêtes et d'acquérir les ouvrages nécessaires pour la réalisation de ce travail.

Nous tenons également à remercier toutes les personnes qui nous ont apporté à la fois un soutien matériel et moral. Nous citons entre autres :

— monsieur Saliou Mbaye, Directeur des Archives nationales du Sénégal, et tout son personnel, notamment Mlle Seynabou Mbaye, Mme Ndiaya Mbaye, Mamadou Sèye, Mamadou Lamine Kane, Babacar Ndiaye, Mme Mariama Sadio, et Mamadou Ndiaye ;

— le professeur Alioune Bâ du département de géographie par sa disponibilité et ses conseils depuis notre première année à l'université ;

— les secrétaires de monsieur Becker, madame Ndiaye Ndèye Samb et madame Senghor Émilie Ndiaye, et là, nous remercions encore notre tante Seynabou Mbaye, pour son aide à la saisie ;

— mes oncles Maguette Mbaye, Malick Mbaye, Ibrahima Tall, Alioune Sène, mon beau-frère Moussa Mbaye et Massyla Diop, le père de mon amie Oumy Diop, sans qui nous aurions quitté l'école depuis le BFEM ;

— mes frères Saliou et Mamadou Guèye, Moustapha et Pape Sall, Ibrahima Diouf, Sogui Doucouré et toutes les familles Guèye et Mbaye ;

— mes amis Oumy Diop, Bassine Gaye, Alimatou Hane, Aïssatou Mbow, Fatoumata Kane, El Hadji Mamadou Mbaye et sans oublier Gamou Fall.

Nous ne saurons terminer sans remercier toutes les personnes ressources qui ont accepté de répondre à nos questions, notamment la présidente de l'Association des sages-femmes du Sénégal, Marianne Sidibé Ndiaye, l'ancienne sage-femme Marie Touré Ngom et le docteur Iba Mar Diop pour leur disponibilité, ainsi que madame Ndiaye, Michel Sagna et madame Ndecky de l'ENDSS. Notre reconnaissance va également à la merveilleuse famille de monsieur Charles Becker pour son accueil généreux durant tous les deux ans que nous avons passés avec elle.

Sigles et Abréviations

AEF	Afrique équatoriale française
AMA	Assistance médicale africaine
AMI	Assistance médicale indigène
ANS	Archives nationales du Sénégal
AOF	Afrique occidentale française
ASFS	Association des sages-femmes du Sénégal
BAS	Bulletin administratif du Sénégal
CERESA	Centre de recherches économiques et sociales en Afrique
CESSI	Centre d'enseignement supérieur en soins infirmiers
CIE	Centre international de l'enfance
CINAM	Compagnie d'études industrielles et d'aménagement du territoire
CODESRIA	Conseil pour le développement de la recherche économique et sociale en Afrique
EAMP	École africaine de médecine et de pharmacie
EIIE	École des infirmiers et infirmières d'État
ENAM	École nationale d'administration et de magistrature
ENDSS	École nationale de développement sanitaire et social
ESP	École supérieure primaire
DOM	Dépendance d'outre-mer
FISE	Fonds international de secours à l'enfance
FIDES	Fonds d'investissement pour le développement économique et social
FOM	France d'outre-mer
IGSSC	Inspection générale des services sanitaires et civils
IGSSM	Inspection générale des services sanitaires et médicaux
JOAOF	Journal officiel de l'Afrique occidentale française
JOS	Journal officiel du Sénégal
JORF	Journal officiel de la République française
JORS	Journal officiel de la République du Sénégal
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORANA	Organisme de recherche sur l'alimentation et la nutrition africaines
PMI	Protection maternelle et infantile
SYMEVETOPHARSA	Syndicat des médecins, vétérinaires, pharmaciens et sages-femmes africains
TOM	Territoires d'outre-mer
UNICEF (ex FISE)	United Nations International Children's Emergency Fund

Introduction générale

Généralement, tout agent de santé est appelé à jouer un rôle social et, en particulier, les sages-femmes qui s'occupent de la femme et de l'enfant. La mortalité maternelle et infantile est considérable surtout dans les pays en développement. Pour Royston et Armstrong (1990) ¹, dans les pays développés, le risque de mourir d'une cause liée à la grossesse se situe entre 1 sur 4 000 et 1 sur 10 000 tandis que dans les pays en développement, le risque moyen se situe entre 1 sur 15 et 1 sur 50.

Actuellement en Afrique, 1 femme sur 20 risque de mourir pour ces mêmes raisons et, au Sénégal, le taux de mortalité maternelle est de 510 sur 100 000 naissances vivantes ². Cette importance de la mortalité aussi bien maternelle qu'infantile, fait que des concepts tels "maternité sans risque", "soins obstétricaux d'urgence" (SOU), "soins après avortement" sont mis en pratique sur le plan national et/ou international pour essayer d'endiguer la mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement.

Cette étude essaye de retracer l'évolution de la profession des sages-femmes auxiliaires indigènes, des sages-femmes africaines et enfin des sages-femmes d'État. Elle a pour cadre le Sénégal qui abritait les écoles où elles étaient formées. Elle a comme limites chronologiques les années 1918, date de création de l'École de Médecine de Dakar et du démarrage de la formation théorique et pratique des sages-femmes, et 1968. À cette date, fut créé à Dakar le Centre d'enseignement supérieur en soins infirmiers (CESSI) qui permettait aux sages-femmes d'accéder à un niveau supérieur de formation. Ainsi, notre objectif est de cerner les différentes phases de l'évolution de la profession de sage-femme entre 1918 et 1968, en mettant l'accent sur les mutations qui se sont opérées afin d'évaluer l'impact réel de l'action des sages-femmes dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et leur implication dans le développement national.

Le corps des sages-femmes n'est créé qu'au début du XXe siècle. Pendant la période coloniale, on sait que l'administration n'a jamais pu disposer de personnel européen suffisant pour assurer son rôle d'exploitation économique des colonies. Pour ce faire, il était donc nécessaire de recruter sur place des indigènes qui n'étaient rien d'autre que des "agents d'exécution". C'est ce qu'avait compris très tôt Gallieni qui, en 1891, disait que "c'est surtout chez l'indigène qu'il faudra chercher les auxiliaires de notre administration". Sur le plan sanitaire, des infirmiers et des aides-médecins furent recrutés non seulement pour parer au déficit de personnel européen, mais aussi pour servir d'intermédiaires entre ces médecins européens et les populations indigènes. La création du corps des sages-femmes entre dans cette même perspective : servir d'intermédiaires auprès de la femme et de l'enfant.

Dès lors, il est important de réfléchir sur la création de ce corps, l'utilisation des sages-femmes comme agent d'exécution, leur mission, etc. Il s'agit de savoir si la mise sur pied du corps avait un but humanitaire ou si elle était sous-tendue par des préoccupations purement économiques pour l'amélioration des forces productives, ce qui passe par la diminution des taux de mortalité et de mortalité infantile à travers leurs actions : participer, entre autres, à faire accepter aux populations en général et aux femmes en particulier les nouvelles pratiques de la médecine.

¹ Royston Érica et Armstrong Sue, *La prévention des décès maternels*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1990, p. 1.

² Mortalité maternelle : croyances et tabous cruels, *Le Soleil*, 2 février 2001, p. 16.

Pour l'élaboration de ce travail, nous avons eu recours aux documents d'archives, articles, périodiques, thèses et mémoires en rapport avec le thème, ainsi que certains ouvrages généraux traitant de la colonisation.

Pour les dossiers d'archives, nous avons consulté la série H (fonds Sénégal et fonds AOF) qui est la source principale de cette étude. Le fonds AOF, Santé et Affaires sociales, regroupe des informations importantes sur la création et l'organisation de l'École de Médecine et du corps des sages-femmes. Les dossiers 1 H 98 et 99 informent sur les programmes enseignés, le cadre, le personnel, les locaux et le matériel. Les dossiers 1 H 102 et 103 permettent de traiter du rôle et de l'intervention des organisations internationales dans la formation des sages-femmes. D'autres séries telles la série D (sous-série 11D), Affaires politiques et administratives, la sous-série 2 G qui regroupe les rapports périodiques qui sont très riches en statistiques et la série O qui concernent l'enseignement ont été consultées.

Les périodiques permettent de suivre l'évolution des politiques sanitaires et du cadre des sages-femmes à travers les nombreuses circulaires et instructions des Gouverneurs Merlin et Carde et les textes officiels.

Mais, la documentation produite sur le personnel de santé est infime et fragmentaire. Ainsi, nous avons eu recours aux enquêtes qui nous ont renseigné sur les expériences des sages-femmes, leurs itinéraires, leurs rapports avec les femmes et la société en général, leurs vies de famille, etc. L'interview de Marie Touré Ngom permet de situer la naissance de la pédiatrie et l'orientation de la formation des sages-femmes et de comprendre leur implication dans l'action sociale. Celle-ci nous a offert, en plus, des documents nous permettant d'illustrer notre travail. Les expériences de Siga Sèye Coulibaly et de Ramatoulaye Seck montrent que cette profession est source d'ascension politique et sociale.

Plusieurs études portent sur la santé, mais, elles traitent plus des maladies. Nous avons, entre autres, les thèses d'Angélique Diop (1982) sur la politique sanitaire et de Pape Amadou Gaye (1997) sur la diffusion institutionnelle du discours sur le microbe au Sénégal ; les mémoires d'Adama Aly Pam (1996), de Marième Anna Diawara (1997) et d'Awa Ndoye (1999) et l'ouvrage de Jean Paul Bado (1996) sur les grandes endémies. Cependant, l'étude d'Aimée Houémavo Grimaud porte sur les médecins-africains (1979). D'ailleurs elle est la seule consacrée au personnel de santé durant la période coloniale. Dans l'ouvrage intitulé *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, (1997), Ahmeth Ndiaye aborde également la formation du personnel africain de la santé. Parmi les autres travaux portant sur le personnel, nous avons les thèses de Boubacar Niang (1999) sur la gestion des personnels indigènes de l'administration et de Boubacar Ly (2000) sur les instituteurs coloniaux.

La première partie de l'étude porte sur les causes de la création de ce corps, le recrutement et la formation des sages-femmes auxiliaires, leur activité professionnelle et les résistances rencontrées. Dans les deux autres parties, nous allons étudier les différentes phases de l'évolution du corps, voir les changements intervenus et les nouvelles orientations dans la formation et la mission dévolue à la sage-femme, rendre compte des relations entre les sages-femmes et les autres composantes du personnel médical, autrement dit, situer leur place dans le dispositif médical. Il faut noter que la formation des sages-femmes d'État avait commencé depuis 1949 en France, alors que celle des sages-femmes africaines avait encore lieu en AOF, ce qui fait qu'on observe un chevauchement dans la délimitation périodique de ce travail.

Première partie

Les sages-femmes auxiliaires de 1918 à 1944

Introduction

La préoccupation primordiale du colonisateur était le développement économique de la métropole et des colonies. Mais pour une meilleure exploitation économique, il était nécessaire de disposer d'une main-d'œuvre suffisante capable de répondre aux exigences du colonisateur. Cette main-d'œuvre faisait défaut du fait de la mortalité et de la morbidité qui affectaient en Afrique occidentale française (AOF), les populations et qui étaient consécutives à la permanence des maladies endémo-épidémiques et à l'état d'insalubrité du milieu.

Chapitre premier

Les causes de l'utilisation du personnel indigène

Les maladies endémiques et épidémiques constituaient une réelle menace pour la santé publique en Afrique occidentale. Leur progression était facilitée par l'état d'insalubrité du milieu consécutif au climat. Il en découlait une mortalité importante ainsi qu'une morbidité qui n'étaient pas favorables à l'économie de la métropole et des colonies. Ainsi, l'administration coloniale avait pris plusieurs mesures pour combattre la mortalité afin de relever le taux d'accroissement des populations. Parmi ces mesures, il y avait l'utilisation de personnel féminin dans les services de santé.

A - L'état sanitaire

1. Les maladies endémo-épidémiques

Ces maladies étaient fréquentes en AOF et affectaient aussi bien les indigènes que les Européens. En effet, l'intensification du commerce avait pour corollaire le développement des maladies qui suivaient les voies de communication pour affecter progressivement l'hinterland.

Ces maladies endémo-épidémiques faisaient des ravages parmi toutes les composantes de la population. La fièvre jaune avait visité six fois le Sénégal de 1850 à 1914, et en 1878, sur les 1 474 Européens résidant dans la colonie, elle avait fait 749 victimes dont 22 médecins sur

les 26 médecins et pharmaciens chargés de la combattre. En 1900, le bilan était encore lourd : sur 416 Européens atteints, 225 succombaient, soit une mortalité de 45 %. Parmi ces victimes, on dénombrait 149 militaires dont 73 décès. Le choléra avait envahi la colonie en 1868 et 1893 et causait 15 % de décès chez les Européens. Le paludisme lui aussi était une constante et faisait des ravages considérables avec des taux de mortalité élevés ; la mortalité palustre pesait lourdement sur la mortalité générale. En 1900, sur 2 052 entrées, elle en constituait plus de la moitié avec 1 168 qui, pour une grande partie, concernait les hommes de la garnison. Outre cette mortalité, le paludisme était aussi cause de morbidité et surtout de mortalité infantiles. La peste de 1914 avait causé 1 425 décès à Dakar ¹.

À côté de celles-ci, il faut noter la fréquence d'autres maladies qui sévissaient tant à l'état endémique qu'à l'état épidémique. Il s'agissait entre autres de la variole, la lèpre, la trypanosomiase, la syphilis, les maladies respiratoires et intestinales, "la coqueluche aux effets ravageurs chez les enfants" ² qui progressaient constamment et qui pouvaient être aussi redoutables les unes que les autres.

2. L'insalubrité du milieu

L'AOF était réputée par son insalubrité, et au Sénégal la profusion des maladies contre lesquelles les médecins ne savaient pas lutter renforçait cette réputation négative ³. Cette insalubrité faisait qu'épidémies et endémies se propageaient facilement. Les épidémies de fièvre jaune étaient particulièrement meurtrières pendant la saison des pluies, période où les moustiques abondent avec les eaux stagnantes, la chaleur et l'humidité. Le mode d'habitation des indigènes et la promiscuité étaient aussi causes d'insalubrité avec les maisons en paillote et en baraque.

L'importance de la mortalité et la morbidité des populations consécutives à l'état d'insalubrité très avancé, portaient aussi préjudice à l'économie coloniale. C'est pourquoi, les autorités de la fédération étaient ainsi contraintes d'asseoir une politique visant non seulement "la préservation des hommes" mais aussi leur augmentation, car "le développement économique (des) possessions d'Outre-mer, la mise en valeur de leurs richesses naturelles, le recrutement des troupes indigènes dépendent étroitement de la densité des populations" ⁴.

D'importantes décisions ont été prises, notamment la création de l'hôpital principal de Dakar en 1893 qui devait participer à "la lutte contre les épidémies et au tout premier plan contre la fièvre jaune" ⁵. On notait aussi la création d'organes tels le Corps de santé des troupes colonies en 1890, le laboratoire de microbiologie de Saint-Louis par Émile Marchoux en 1896, devenu l'Institut Pasteur ⁶, l'Inspection générale des Services sanitaires et civils (IGSSC) en 1903 et l'Inspection générale des Services sanitaires et médicaux (IGSSM).

Parmi les mesures concernant l'insalubrité et le manque d'hygiène, on avait la destruction des gîtes à larves, la dératisation, l'arraisonement des navires et surtout la séparation des "habitations européennes" des "habitations indigènes" par manque d'hygiène de ces dernières, suite à l'épidémie de peste de 1914. Les noirs étaient considérés comme des vecteurs de transmission de maladies, ce qui explique entre autres, le "déguerpissement" des Lébou à la Médina. En effet, l'indigène qu'il soit musulman, fétichiste ou chrétien, était considéré par le colonisateur comme "un individu insouciant, à qui rien ne sert d'expérience

¹ A. Diop, "Les débuts de l'action sanitaire de la France en AOF, 1895-1920. Le cas du Sénégal", in : C. Becker, S. Mbaye et I. Thioub (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar : Direction des Archives Nationales du Sénégal (ANS), 1997, vol. 2, p. 1216.

² C. Becker et R. Collignon, "Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest", in : *Cahiers Santé*, 8, 1998, p. 415.

³ A. Sinou, *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal, Saint-Louis, Gorée, Dakar*, Karthala-ORSTOM, 1993, p. 91.

⁴ Nogué et Adam, "La mortalité et la mortalité infantile dans les colonies françaises", in : 8^e, Marseille : *Commissariat général de l'Exposition coloniale*, 1922, p. 1.

⁵ J. C. Cuisinier-Raynal, "L'hôpital principal de Dakar à l'époque de l'AOF de 1895 à 1958", in : C. Becker, S. Mbaye et I. Thioub (éds.), *op. cit.*, p. 1190.

⁶ R. Collignon et C. Becker, *Santé et population en Sénégambie des origines à 1960*, bibliographie annotée, Paris : Institut National d'Études Démographiques, 1989, p. 18.

du passé et qui n'a point la notion de l'avenir. D'autre part, les conseils d'hygiène le laissent tout à fait indifférent dès qu'il n'a plus la préoccupation de plaire ou dès qu'il ne se sent plus aussi étroitement surveillé et tout cela malgré sa malpropreté légendaire”¹.

Malgré tous les efforts consentis pour lutter contre les maladies épidémiques et endémiques, l'effectif du personnel médical était très insuffisant.

Le personnel médical, à son début, était composé uniquement d'éléments européens. La médecine était en fait développée en colonie par les médecins européens pour les patients européens, militaires et civils. Les quelques rares indigènes qui en bénéficiaient, étaient ceux qui vivaient aux environs de leurs lieux d'habitation. C'était en effet une “médecine individuelle et curative”² pratiquée par les médecins militaires de la Marine jusqu'en 1890, date où fut créé et organisé le corps de santé des colonies et pays de protectorat³. Ce corps nouvellement créé, voyait se présenter en son sein un personnel de praticiens non-militaires dont les tâches principales “étaient d'assurer les services des hôpitaux militaires, les postes sanitaires de l'intérieur et la police sanitaire maritime des ports de la colonie. Ils étaient mis à la disposition du Gouverneur des colonies et offraient, selon les besoins de l'armée, leurs services aux troupes œuvrant pour la pacification des territoires, pour le remplacement des médecins rapatriés ou plus simplement, en cas d'insuffisance de cadres. Ils étaient également chargés des tournées de vaccine (vaccination) et du fonctionnement des lazarets et des prisons”⁴.

Face à l'ampleur de la morbidité et de la mortalité, les autorités coloniales comprenaient que pour une meilleure prise en charge des problèmes sanitaires, il fallait y associer les indigènes en prenant soin de leur santé. C'est dans cette perspective que le Service de l'Assistance médicale indigène (AMI) fut créé par l'arrêté du 8 février 1905 du Gouverneur général Ernest Roume. Ce service est assuré par les médecins de troupes coloniales hors-cadre et les médecins civils recrutés en métropole. Ce nouveau service était chargé de “procurer gratuitement aux populations indigènes des soins médicaux et des conseils d'hygiène”⁵.

Mais un autre problème se posait encore aux autorités ; non seulement le personnel européen était insuffisant, mais aussi les populations refusaient de se soumettre aux notions d'hygiène édictées. Ainsi, en plus des soins donnés aux populations autochtones, on reconnaissait la nécessité de les initier aux pratiques de la médecine occidentale. C'est aussi l'occasion de donner aux médecins européens des auxiliaires indispensables.

La première tentative de recrutement de sages-femmes dans la colonie remonte en 1898. Considérant l'absence de toute sage-femme et le danger que fait courir à la population les pratiques de personnes ignorantes, l'Inspecteur général des colonies, Gouverneur général de l'AOF adoptait, sur proposition du Directeur de l'intérieur et du chef du Service de santé, l'arrêté n° 135 du 23 avril 1898 portant création d'un cours d'accouchement pour élèves sages-femmes⁶. Celles-ci étaient recrutées sur simple présentation d'un certificat d'études ou d'un brevet élémentaire (article 2) ou parmi les femmes qui savaient lire et écrire correctement le français. Ce dernier critère était vérifié à la suite d'une épreuve subie par les candidates.

La formation ne durait que deux ans et avait lieu à l'hôpital colonial de Saint-Louis. Les candidates devaient être âgées de plus de 18 ans avant d'être admises comme élèves sages-femmes. Mais leur nombre était insuffisant et leur pratique se limitait aux femmes européennes. Cette insuffisance était liée aux problèmes d'ordre climatique mais surtout financier. En effet, dans une note adressée au Ministre des colonies, le Gouverneur général par intérim de l'AOF jugeait plus prudent de ne pas encourager les sages-femmes qui désireraient s'expatrier, à venir

¹ ANS, 2 G 71 21, Sénégal, Rapport médical annuel, p. 29.

² M. A. Diawara, *Contribution à l'histoire des maladies dites sociales au Sénégal : La tuberculose à Dakar : 1914-1945*, mémoire de maîtrise, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD), 1996-97, p. 28.

³ *Bulletin Administratif du Sénégal (BAS)*, Décret du 7 janvier 1890 portant institution du corps de santé des colonies et pays de protectorat, p. 213.

⁴ M. A. Diawara, *op. cit.*, p. 29.

⁵ *Journal officiel du Sénégal (JOS)*, Arrête du 8 février 1905 portant création d'un Service d'Assistance médicale indigène en AOF, p. 84.

⁶ BAS, Arrêté n°135 du 23 avril 1898, p. 234.

exercer leur profession au Sénégal ¹. En fait, il estimait qu' "une sage-femme n'ayant que sa profession pour vivre, est matériellement dans l'impossibilité de pouvoir assurer ses moyens d'existence car les honoraires qu'elle pourrait tirer de l'exercice de sa profession ne lui permettraient pas de s'installer, sinon confortablement, du moins dans les meilleures conditions d'hygiène possibles". En outre, il souligne que "dans la population sédentaire, les accouchements sont peu nombreux, et les moyens dont elle dispose suffisent largement en l'espèce à assurer ses besoins — et quant à l'élément indigène, il préfère recourir au service de ses coreligionnaires plutôt qu'à ceux des étrangers ; (pour lui), c'est un parti pris absolu qu'on tenterait inutilement de combattre" ².

Une telle attitude explique la quasi-inexistence de sages-femmes européennes en colonie. Ce n'est qu'en 1902 qu'une décision du Gouverneur général de l'AOF accordait à Madame Elisabeth-Laetitia Goddard, l'autorisation d'exercer la profession de sage-femme à Dakar ³. Il faut noter que cette sage-femme possédait un certificat délivré par le jury d'examen de sage-femme de la maternité de l'hôpital de Dublin (Irlande), ce qui laisse penser si ce cours d'accouchement institué en 1898 avait vraiment formé des sages-femmes avant 1902. En 1904, un projet de création de postes de sage-femme, d'une maternité et d'un cours d'accouchement en AOF ⁴ fut élaboré pour former des sages-femmes autochtones. Il s'agissait de les initier aux questions d'hygiène, de puériculture et de prophylaxie face aux deux grands problèmes qui étaient la mortinatalité et la mortalité infantiles. Ce projet des docteurs Merveilleux et Carpot fut refusé par l'Inspecteur des services sanitaires civils de l'AOF le Docteur Rangé, jugeant les connaissances primaires des candidates de vieilles colonies (Martinique, Guadeloupe, Réunion) nettement supérieures à celles des wolof. Il craignait par ailleurs, la création d'une nouvelle race de matrones d'autant plus infatuées de leur demi-science ⁵.

En 1901, un corps d'infirmiers local a été créé. Ces infirmiers qui suivaient un stage de six mois étaient recrutés parmi les anciens militaires qui secondaient les médecins des troupes coloniales et des médecins de l'assistance ou tout simplement, parmi "des éléments indigènes servant dans les hôpitaux" ⁶. La formation pratique reçue leur permettait de "faire des pansements usuels et (de donner) des soins de propreté" ⁷.

Devant le souci de disposer d'un personnel mieux formé, le corps des aides-médecins indigènes fut institué par l'arrêté du 7 janvier 1906, dans chaque colonie de l'AOF. Employés au service de l'Assistance médicale sous le contrôle technique des médecins européens, ils étaient recrutés parmi les infirmiers et les jeunes gens sortant des écoles de la colonie et sachant parler et écrire correctement le français. Ils devaient subir une formation de deux ans seulement au sortir de laquelle, ceux ayant satisfait à l'examen et ayant déjà servi à l'hôpital, auront le statut d'"aide" auprès d'un médecin de l'assistance ou de chef de poste isolé, mais toujours sous les ordres d'un médecin résidant au chef-lieu de la province ou du cercle ou de la circonscription. Ceux qui n'avaient jamais servi dans les hôpitaux, étaient contraints de faire un stage de six mois à l'hôpital principal de la colonie et un examen probatoire sanctionnait la fin de ce stage.

Par cet arrêté, les aides-médecins devaient être initiés progressivement aux pansements et aux précautions qu'exigeaient les médecins chargés de leur instruction, à la réduction des luxations et des fractures, aux diverses pratiques de la petite chirurgie, aux soins courants à donner aux maladies les plus fréquentes dans le pays, à la pratique de la vaccine (article 5). Mais, "l'article 32 de l'arrêté du 7 janvier 1907 réglementant le fonctionnement de service de l'AMI, attribuait le rôle du médecin à l'aide-médecin" ⁸. Désormais, les aides-médecins

¹ ANS, H 128, Demandes de renseignements sur l'exercice de la profession de sage-femme au Sénégal.

² *Idem*.

³ BAS, Décision n° 35, p. 89.

⁴ M. A. Diawara, *op. cit.* p. 42.

⁵ M. A. Diawara, *op. cit.* p. 42.

⁶ A. Ndiaye, "La formation du personnel africain de la santé en AOF" in : Becker C. Mbaye S. et Thioub I. (éds.), *op. cit.*, p. 1195.

⁷ *Idem*.

⁸ A. G. Houémavo, *Les médecins africains en AOF. Étude socio-historique sur la formation d'une élite coloniale*, UCAD, 1979, p. 53.

pouvaient pratiquer " toutes les tâches dévolues aux médecins. Ils tenaient des consultations et, quand ils étaient chefs de poste, ils intervenaient comme médecin-chef lorsque les sages-femmes rencontraient des difficultés aux accouchements " 1.

B - L'importance de la mortalité maternelle et infantile

Dans les sociétés africaines, le taux de natalité était importante comme l'attestent ces quelques chiffres qui suivent :

Saint-Louis : 1903-1904	38,8 ‰ (mort-nés exclus)
Dakar : 1920	40,2 ‰
Dakar : 1921	38,8 ‰ 2.

Mais, la mortalité infantile aussi était très élevée. À Dakar, le docteur Heckenroth compte, pour la période qui s'étend de 1899 à 1920, 10 056 naissances et constate que, dans le même temps, 2 822 enfants sont morts pendant la première année, 886 au cours de la deuxième, 536 durant la troisième, 284 au cours de la quatrième année. À l'état civil de Dakar, le rapport du nombre de mort-nés au chiffre total des naissances est de 17,1 ‰ pour la période de 1899 à 1908 et de 15,5 ‰ de 1909 à 1918. À Saint-Louis, en 1906, le docteur Merveilleux dénombre pour 1 000 naissances, 225 décès au cours de la première année dont 176 durant le premier mois 3.

Ces données montrent que plus de la moitié des enfants, meurent avant d'atteindre l'âge adulte. Cette mortalité infantile très élevée était en grande partie causée par les maladies endémo-épidémiques étudiées plus haut. Il faut aussi reconnaître comme facteur de mortalité infantile et même maternelle certaines pratiques de l'accouchement constatées en milieu rural chez certains peuples de l'Afrique et les conditions de vie des nourrissons.

1. Les maladies

Parmi les affections épidémiques, la peste, la rougeole, la coqueluche, la syphilis ainsi que la variole qui avait tué un dixième de la population infantile lors de l'épidémie de 1908, constituaient des causes de mortalité infantile.

Le paludisme était si répandu que l'on peut dire de tous les enfants indigènes, qu'ils étaient, à un moment de leur existence, parasités par l'hématozoaire. Ces quelques chiffres qui suivent montrent leur index paludéen pendant la saison des pluies au Sénégal en 1922 :

Dakar	82 ‰
Sor	65 ‰
Foudiougne	85 ‰

Les affections broncho-pulmonaires étaient aussi très fréquentes avec 326 cas sur 1 000 affections observées à la consultation de nourrissons à Dakar. Il y avait aussi le tétanos ombilical qui était très fréquent. Ces différentes maladies étaient souvent des facteurs de morbidité, de stérilité et d'avortement chez les femmes.

Le fait que l'enfant africain était souvent mal nourri et mal vêtu, favorisait aussi " l'introduction de parasites empruntant la voie cutanée ou par l'intermédiaire des insectes piqueurs " 4. Ainsi, l'enfant offrait sa peau aux cercaires de bilharzie et aux larves d'ankylostome. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, qu'il soit une proie facile pour les infections parasitaires.

1 *Idem.*

2 Nogné et Adam, *op. cit.*, p. 4.

3 *Idem.*, p. 9.

4 *Idem.*, p. 10.

2. Les pratiques liées à la grossesse et à l'accouchement

L'accouchement était pratiqué par les vieilles femmes appelées matrones qui en faisaient plus ou moins une profession. Chez la plupart des ethnies en Afrique, la femme, sous peine d'être déshonorée, doit accoucher sans pousser un cri. Les pratiques de la matrone se réduisaient habituellement à quelques massages de l'abdomen pour accélérer la sortie de l'enfant, puis celle du placenta, à l'administration d'infusions, à la pratique de fumigations quand l'accouchement se prolonge. Cela fait qu'en cas de dystocie (accouchement difficile), la mort était souvent inévitable. Le cordon ombilical, généralement coupé avec un couteau, parfois avec une pierre ou une tige à fibres tranchantes¹, était pansé avec les substances les plus diverses, telles la poussière de vase d'argile, les cendres de plantes, le beurre de karité et même de la terre, mais aussi avec du sucre et des feuilles.

Il faut toutefois noter que ces pratiques ne s'observaient pas partout de la même manière ; elles pouvaient varier d'une région à l'autre et même d'une ethnie à l'autre, étant donné que l'Afrique ou le Sénégal, lui seul, est constitué de plusieurs entités ethniques dont les croyances et les pratiques diffèrent d'un endroit à l'autre. Chaque groupe ethnique a ses traditions et interdits.

Par exemple², chez les Diakhankés et Coniagués de Kédougou (Sénégal Oriental), la femme enceinte ne doit ni bavarder, ni courir, ni assister à de grandes réunions. Elle ne parle pas aux vieillards qui sont pour elle "TANA" (interdits) parce que symbolisant la stérilité. Les viscères des animaux lui sont interdits ainsi que la consommation de certaines viandes. Chez ce peuple, la fécondité est considérée comme la plus grande qualité chez la femme et la stérilité comme un châtement infligé au mari ou à la femme par les esprits.

À l'accouchement, la future maman est assistée d'une accoucheuse dont le rôle est d'ordre psychologique ; elle doit soutenir la femme en couches par des conseils, c'est elle aussi qui doit conjurer les mauvais esprits des ancêtres, qui sont censés renaître, par des incantations et des onctions d'huiles sacrées, d'après une légende qui fait apparaître les esprits au moment de l'accouchement.

Chez les Sérères de Sine³, le tétanos ombilical est interprété comme la manifestation d'une "queue magique" qui tue l'enfant par strangulation dès sa naissance. La queue de vache est censée représenter l'enfant les sept jours (qui suivent la naissance) ; à son extrémité se trouve une corde qui permet au féticheur d'étrangler l'enfant. Afin d'éviter à son enfant d'être victime de la queue magique, la femme, au cours de sa grossesse, ne doit pas enjamber le tracé d'une corde ou d'une hache sur la terre, car si elle laisse la trace de ses pas, le trait pourrait s'en servir pour étrangler l'enfant qu'elle porte en elle.

Quand arrive l'accouchement, la femme doit se retirer derrière la case pour accoucher dans le sable. Ce n'est qu'après le premier cri de l'enfant qu'intervient la "ramasseuse" munie d'unealebasse, et à l'aide d'un couteau, elle sectionne le cordon. Ensuite elle lave le nouveau-né à l'eau savonneuse avant de l'envelopper et de lui donner son premier repas, sous forme d'une pincée de farine de mil déposée sur la langue de l'enfant. En cas d'accouchement difficile, l'accoucheuse utilise des feuilles de baobab pour faire glisser l'enfant.

Les sages-femmes qui seront formées à partir de 1918 à l'École de Médecine, seront appelées à combattre, sinon à réduire, ces croyances et pratiques, vu que les populations restaient attachées à la tradition. Ces croyances et pratiques liées à l'accouchement les empêchaient d'aller se faire consulter à la maternité, puisque croyant que tout ce qui les arrivait était une malédiction de Dieu ou des esprits. Ainsi, elles auront à jouer un rôle médical mais aussi un rôle moral important pour initier les populations à certaines notions d'hygiène et de prophylaxie et pour les convaincre à fréquenter les maternités ou les cases de santé pour une meilleure prise en charge de leur santé afin de maintenir en vie le nombre d'enfants qui naissaient. Leurs recrutement et formation seront assurés par l'École de Médecine de Dakar.

¹ Cette pratique est confirmée par Madjiguène Banne. Elle ajoute que l'objet utilisé pour couper le cordon est attaché à un couteau ; placé à côté de la tête de l'enfant, il lui sert de protection. Interview du 26 mars 2002 à Guédiawaye.

² Ces exemples sont tirés de l'étude de E. Gomis intitulée "Croyances et pratiques concernant la maternité au Sénégal", in : *Afrique Médicale*, 126, janvier 1975 : 77-79.

³ *Idem*.

Chapitre 2

Recrutement et formation des sages-femmes auxiliaires

Pour disposer d'un personnel médical dûment formé, une école de médecine était créée et organisée en AOF en 1918¹. Cette école comportait une section de sages-femmes qui devaient jouer un rôle important afin de diminuer la mortalité infantile surtout. Leur formation durait 3 années après lesquelles celles qui avaient réussi à l'examen de sortie obtenaient le diplôme de sage-femme auxiliaire indigène, elles étaient nommées dans le cadre de l'AMI.

A - L'École de Médecine

1. La création

L'École de Médecine de l'AOF a été créée de façon tardive par rapport aux écoles de médecine coloniale de Pondichéry (1882)², Tananarive (1896) et Hanoï (1902). Ce retard était dû aux préjugés de certains administrateurs ou médecins qui considéraient "le noir comme victime d'une insuffisance intellectuelle"³. À propos, le Gouverneur du Haut Sénégal-Niger disait : "si le développement intellectuel de nos indigènes dans les colonies d'Indochine et de Madagascar, a permis de leur attribuer cette difficile et délicate mission, il ne semble pas que la même expérience puisse être tentée sans danger avec les noirs de l'AOF quelles que soient d'ailleurs leur qualité et leur bonne volonté"⁴.

En 1916, un arrêté du Gouverneur général Angoulvant préconisait la création d'une École pratique de médecine. Mais des circonstances ont rendu indispensable la création de cette École en 1918.

Suite à la volonté du Gouvernement de l'AOF de réduire les dépenses du personnel incombant aux budgets locaux, les salaires des médecins avaient été réduits ; ainsi un médecin qui gagnait en 1909, 11 600 francs se trouvait ramené à 9 000 francs en 1913⁵. En même temps, les conditions de recrutement et les mesures disciplinaires reprises dans l'arrêté du 1^{er} juin 1912 étaient plus rigoureuses. Il fallait désormais, en plus des pièces d'état civil et des diplômes exigés, remplir les conditions d'âge (entre 25 et 32 ans), fournir un certificat de bonne vie et mœurs et un certificat médical constatant l'aptitude au service colonial. Au vu de ses exigences, l'Inspecteur des services sanitaires civils, dans son rapport annuel de 1913, déplorait ce fait et notifiait : "dans ces conditions prévues par l'arrêté du 1^{er} juin 1912, notre Assistance médicale est condamnée à périr, faute de médecins".

Autre facteur favorable à la création de l'école, était la guerre 1914-18. En effet, ce conflit "a marqué un temps d'arrêt important en stabilisant presque complètement le fonctionnement du Service de santé pendant quatre ans et en tarissant ou au moins en diminuant le recrutement du personnel de santé"⁶.

La mise sur pied de cette école entraînait aussi dans le cadre d'une nouvelle politique entreprise par la France vis-à-vis des populations de ses colonies. En effet, la France, en plus "des devoirs généraux de civilisation qu'elle s'est toujours fait une gloire d'observer"⁷, était

¹ Pour l'organisation administrative de l'École de Médecine, voir A. G. Houémavo, *op.cit.*, p. 75.

² 1882 pour A. G. Houémavo, *op. cit.*, et 1863 pour J. P. Bado, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Karthala, 1996.

³ J. P. Bado, *op. cit.*, p. 215.

⁴ A. G. Houémavo, *op. cit.*, p. 70.

⁵ Circulaire ministérielle du 24 mai 1911, citée par A. G. Houémavo, *op. cit.*, p. 66.

⁶ ANS, H 186, Correspondance du chef du service de santé au Gouverneur, 1926.

⁷ JOAOF, Instructions relatives à l'organisation de l'enseignement technique supérieur et à la formation du

dans l'obligation particulière de reconnaissance d'une dette contractée. Ainsi s'engageait-elle " résolument dans de vastes entreprises de progrès social et permettre ainsi (aux Africains) de mener une vie plus confortable et plus heureuse, plus éclairée et plus raisonnable, mieux protégée contre la ruine, la maladie et la mort " ¹. Cette politique visait désormais un développement des œuvres d'intérêt social, c'est-à-dire " fonder des écoles, des hôpitaux, des maternités et des dispensaires ; encourager l'agriculture, l'élevage et les institutions de prévoyance ".

À ces causes généralement évoquées par les colonialistes pour justifier la mise en place de cette école, on peut y ajouter celles liées à la dépopulation de l'Afrique consécutive à la Première Guerre mondiale et aux épidémies. Cette dépopulation causait un énorme préjudice à la France sur le plan militaire, mais surtout sur le plan économique — faute d'une main-d'œuvre disponible en abondance et jouissant de toutes ses facultés physiques et mentales. C'est pourquoi, il était primordial pour la nation civilisatrice " de développer, en la relevant, la population indigène de cette partie de grand avenir de son domaine colonial, en vue de sa mise en valeur économique et militaire " ². Mais ce résultat ne pouvait pas être atteint aussi facilement, parce que pour sauver la vie des enfants de la mortalité et celle des adultes de la morbidité surtout, il fallait acquérir un personnel assez suffisant pour y faire face, ce qui n'était pas le cas : " le nombre de docteurs est généralement insuffisant aux colonies, en plus, l'homme de l'art européen revient cher aux budgets, car il est nécessaire et équitable de lui assurer un traitement rémunérateur " ³.

Parmi tous les facteurs favorables à la création de l'École de Médecine, la Première Guerre mondiale constitue le plus déterminant avec son cortège de malheurs. Elle avait entraîné dans les colonies le dysfonctionnement de tous les services (le service médical y compris), la raréfaction du personnel soignant dont la majeure partie était mobilisée aux côtés des troupes, la diminution de la population des colonies (près de 30 000 noirs d'AOF moururent pour la France ⁴), la misère physiologique, la main-d'œuvre quasi inexistante, etc. Désormais, pour la France le "devoir" se confondait avec l'"intérêt" et il était nécessaire, selon Albert Sarraut, " de conserver et d'augmenter le capital humain pour faire travailler et fructifier le capital argent " ⁵.

Ainsi, plusieurs décrets ont été promulgués le 14 janvier 1918. Parmi ceux-ci, celui qui a créé l'École de Médecine de Dakar, destinée à former un cadre subalterne de médecins et sages-femmes auxiliaires de l'Assistance médicale.

2. La section des sages-femmes

L'École de Médecine de Dakar qui ouvrit ses portes le 1^{er} novembre 1918, avait pour mission de former des médecins, et des sages-femmes auxiliaires indigènes, destinés à servir dans le cadre de l'AMI en AOF. Des sections de pharmacie et de vétérinaire y furent créées respectivement par les arrêtés du 2 mai et du 1^{er} novembre 1919. Une section d'infirmière-visiteuse y vit le jour également en 1930.

La création de la section des sages-femmes répondait à un besoin urgent et précis : lutter contre la " mortalité et la mortalité " ⁶ infantile en protégeant la mère et l'enfant.

Après la guerre, les autorités coloniales s'étaient fixé comme priorité " la régénération de la race noire ". Il fallait donc augmenter la population en conservant le nombre des

personnel des cadres généraux subalternes en AOF, Angoulvant, 1918, p. 570.

¹ *Idem*.

² A. Houyet, "L'œuvre de l'Assistance médicale aux indigènes en Afrique occidentale française et son centre de Dakar", in : *Bulletin de la Société Belge d'Études Coloniales*, 5-6, mai-juin 1923, p. 277.

³ *Idem*.

⁴ H. Deschamps, *Histoire générale de l'Afrique Noire, de Madagascar et des archipels de 1800 à nos jours*, Paris : PUF, Bordas, 1973, p. 387.

⁵ A. Sarraut, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris : Payot, 1923, p. 95.

⁶ JOAOF, Rapport à l'arrêté promulguant en AOF le décret du 14 janvier 1918 instituant une École de Médecine, p. 56.

naissances. Ainsi pour empêcher la population indigène de décroître, certains pensaient que la solution doit être d'ordre gouvernemental : " il appartient au service de santé de développer les œuvres prénatales et postnatales, les consultations de gynécologie, les consultations de femmes enceintes, les consultations de nourrissons ; d'exercer une propagande intensive pour assurer à l'enfant une meilleure hygiène " ¹. Pour accomplir cette tâche jusqu'ici réservée aux médecins européens, trop peu nombreux, et aux aides-médecins, il était donc utile d'y associer d'une façon plus large le personnel féminin, en l'occurrence les sages-femmes indigènes qui " par leur qualité de femme, leur origine, leur parfaite connaissance de la langue et des préjugés, atteindront plus aisément les mères " ².

Ainsi, les sages-femmes devraient s'évertuer à gagner la confiance des mères et par elles, la famille tout entière, pour pouvoir mener à bien la croisade contre l'ignorance, l'insalubrité et certaines pratiques concernant l'accouchement et l'alimentation. Elles étaient appelées à mener une véritable "révolution"; celle des mentalités. Elles devaient également servir d'agents de propagande de la " médecine proprement coloniale " ³ et permettre de pourvoir en personnel médical les secteurs les plus lointains.

B - Recrutement et formation

1. Recrutement

Les premières élèves sages-femmes indigènes étaient recrutées sur concours. Pour le dossier de candidature, elles devaient être âgées de 16 ans au moins et de 25 ans au plus, produire un bulletin de naissance ou un certificat attestant leur bonne santé et qu'elles étaient susceptibles de servir sur toute l'étendue de l'AOF, un certificat de bonne conduite délivré par le directeur de l'école où chaque candidate avait fait ses dernières études et, au cas échéant, une copie du certificat d'études primaires (CEP) et une demande adressée au Gouverneur général de l'AOF.

Le concours d'entrée à la section de sages-femmes ne comprenait que des épreuves écrites en orthographe, en composition française, en arithmétique et en écriture cursive. Chaque épreuve était notée de 0 à 20 et la nullité pour une épreuve entraînait l'élimination de la candidate tandis qu'une majoration de dix points était accordée aux candidates pourvues du CEP. Les épreuves, choisies par l'Inspecteur de l'enseignement, étaient subies sous la surveillance d'une commission de trois membres désignés par le Lieutenant-gouverneur. Ces différentes épreuves permettaient de vérifier le niveau de la candidate, si elle sait parler et écrire correctement le français ; ce qui fait que le diplôme de certificat n'était même pas exigé. En fait, " il était urgent de débiter " ⁴.

2. Formation

La formation à l'École de Médecine de Dakar durait trois ans pour les élèves sages-femmes et quatre pour les élèves médecins et pharmaciens. Elle était axée sur un programme purement théorique comprenant un complément de culture générale (la littérature et l'histoire de la civilisation), des leçons sur les accouchements (l'obstétrique), la pharmacie et la préparation de médicaments usuels et des cours de puériculture et d'hygiène. Les matinées étaient réservées au service hospitalier et les soirées aux cours et travaux pratiques. Enfin, elles consacraient " chaque jour une heure 1/2 de travaux pratiques de couture " ⁵.

La maternité indigène (1919), la crèche (1921), l'Institut d'hygiène sociale (1922) ainsi que l'hôpital indigène de Dakar rattaché à l'École de Médecine comme hôpital d'instruction, servaient d'institutions très importantes pour l'enseignement pratique des élèves sages-femmes.

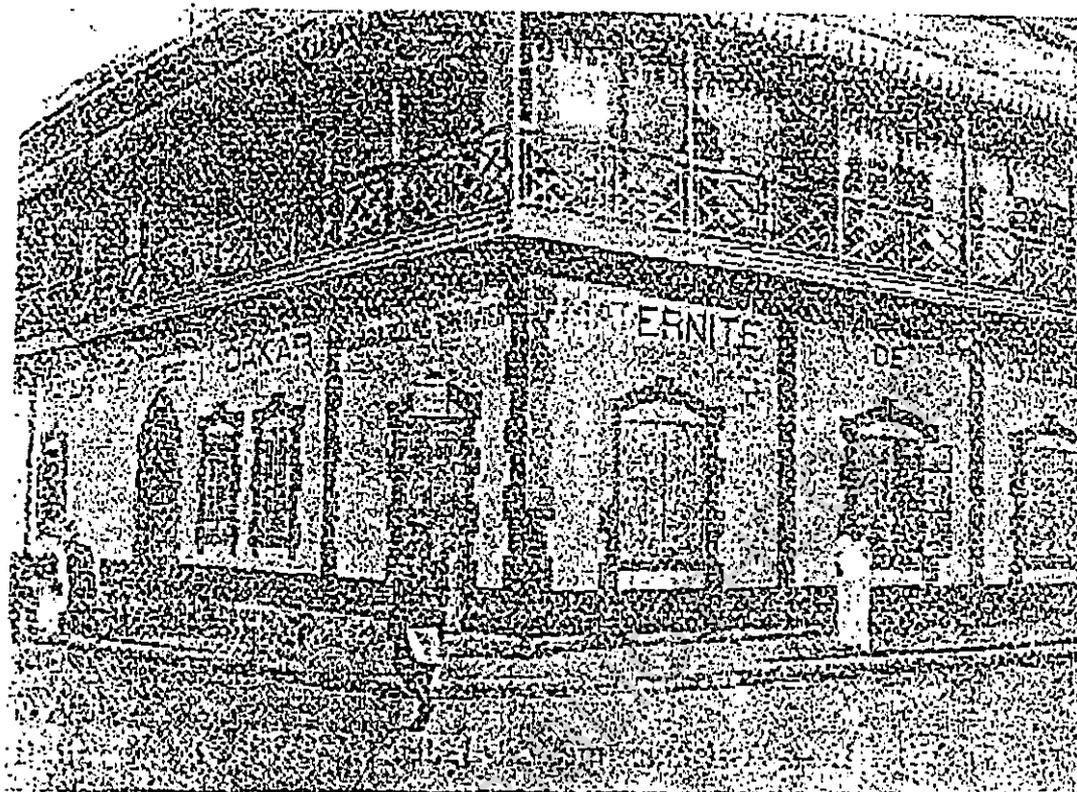
¹ A. Houyet, *op.cit.*, p. 274.

² *Idem.*

³ G. Hardy, *Nos grands problèmes coloniaux*, Paris : Armand Colin, 3, 1929, p. 36.

⁴ A. Le Dantec, "L'École de Médecine de Dakar", *Bull. Soc. Path. Exot.*, 13, 8, 1920, p. 632.

⁵ *Idem.*, p. 634.



C. A. O. F.

La maternité indigène de Dakar

Source : L'Assistance indigène, notice publiée par le Gouvernement général à l'occasion de l'Exp. col. de Marseille, Cerbeil, Éd. Crète, p 35.

La première année d'enseignement était destinée à les former aux pratiques de l'infirmière et à veiller à leur culture générale. Le passage d'une classe à l'autre était subordonné à un examen de fin d'année. Les élèves ayant échoué étaient autorisées à redoubler. La formation était sanctionnée par un diplôme de sage-femme auxiliaire indigène délivré, à l'issue d'un examen définitif de fin d'études, aux candidates admises. Celles qui avaient échoué pouvaient être autorisées à redoubler.

La formation des élèves médecins était plus rigoureuse que celle des élèves sages-femmes. Tout d'abord le recrutement des garçons était assuré par la section préparatoire de l'école William-Ponty. Les candidats au service de la santé y préparaient en deux années le PCN avant d'entrer à l'École de Médecine pour une durée d'études de quatre ans ensuite ; alors que pour les élèves sages-femmes, il n'y avait pas d'école préparatoire au début et la formation était de trois ans seulement.

En plus, pour certaines élèves, il y avait entre la préparation et le séjour à l'école un "hiatus" ; autrement dit, entre l'âge limite d'entrée à l'École de Médecine qui était de 16 ou 18 ans et l'âge d'obtention du certificat d'études, il pouvait y avoir un "décalage" de deux ans ou même plus ¹. Cette situation était due au fait qu'au Sénégal, l'École primaire supérieure (EPS) de jeunes filles avait été organisée tardivement (1943) ². Néanmoins, quelques jeunes filles avaient commencé à se présenter dans les EPS de garçons. Elles étaient prises en charge par une section appelée "cours supérieur", ouverte pour la première fois en 1936 à Saint-Louis et en 1937 à Dakar.

C'est pourquoi, plusieurs remarques et critiques furent formulées en vue d'améliorer le niveau d'instruction générale des élèves sages-femmes. Ainsi, on proposa de porter l'âge limite inférieur de 16 à 18 ans, parce que les trop jeunes élèves, n'ayant pas l'esprit suffisamment mûri, ne possédaient pas une instruction primaire suffisante leur permettant d'assimiler plus facilement l'enseignement technique ³.

En outre, l'Inspecteur général de l'enseignement, reprenant les vœux émis à plusieurs reprises, par le Conseil des professeurs de l'école, les jurys au concours d'admission à la section sage-femme et l'opinion de l'Inspecteur général des Services sanitaires et médicaux, proposa dans son rapport du 28 novembre 1935 ⁴, la mise sur pied d'une section préparatoire à l'École de Médecine. L'âge limite au concours d'entrée à cette section, serait fixé à 16 ans et le programme échelonné sur une période de deux ans. Cela permettrait une meilleure sélection des élèves à l'entrée et à la sortie de la section préparatoire. C'est ainsi que fut créée à Rufisque l'École préparatoire des jeunes filles qui avait reçu sa première promotion d'élèves en 1938 ; des élèves âgées de 18 ans au moins et de 20 ans au plus et possédant le certificat d'études primaires ⁵. L'école recrutait ses effectifs au concours parmi les élèves des écoles publiques et privées de l'AOF, titulaires du CEP ⁶. Ceci permettait ainsi d'opérer un meilleur choix parmi un plus grand nombre de bonnes candidates tout en améliorant leur niveau d'instruction générale, nécessaire pour comprendre l'enseignement technique à l'École de Médecine.

Le régime à l'École de Médecine était l'internat. Ce fut une nécessité pour les autorités administratives parce que non seulement il permettait de contrôler, guider et aider les élèves d'une manière suivie dans leurs études, mais aussi " d'exercer sur leur esprit, en même temps que sur leur manière de vivre, une action soutenue, pour modifier certaines tendances et déterminer une transformation morale indispensable " ⁷. C'est dans cet esprit que la tenue des

¹ Françoise Coco avait obtenu le CEP à l'âge de 12 ans, mais il lui a fallu attendre 6 ans après pour pouvoir se présenter au concours d'entrée à la section de sages-femmes. Entretien du 28 août 2002 à Dakar, Avenue Malick Sy X Belfort.

² Boubakar Ly, *Les instituteurs sénégalais de la période coloniale (1903-1945). Sociologie historique de l'une des composantes de la catégorie sociale des "évolués"*, thèse d'État, UCAD, 2001, p. 1187.

³ JOAOF, Carde, Circulaire sur la réorganisation de l'enseignement, le 01 mai 1924, p. 308.

⁴ ANS, O 212/ 31, Circulaire n° 0581/ E, Rapport au Gouverneur général : La préparation des élèves sages-femmes et l'enseignement des filles, le 28 nov. 1935.

⁵ ANS, O 212 /31, Circulaire n° 058/ E du 20 janvier 1938 du Gouverneur général, M. De Coppet,

⁶ Boubacar Niang, *La politique coloniale de gestion des personnels indigènes de l'administration publique de la fin de la conquête à la veille de la deuxième guerre mondiale : 1890-1939. Le cas de la colonie du Sénégal* thèse d'État, UCAD, 1999, p. 147.

⁷ A. Le Dantec, *op. cit.*, p. 629.

élèves a été uniformisée (à l'européenne) et chaque élève avait son trousseau (V. annexe 1). L'internat avait aussi l'avantage de faciliter la collaboration entre les futures sages-femmes et même d'encourager l'union de ces dernières avec les médecins ou pharmaciens au sortir de l'école.

Les élèves sages-femmes étaient prises en charge par le Gouvernement général et recevaient, pour leurs menus frais, une bourse annuelle de 60 F. Une prime annuelle de 60 F était accordée aux premières inscrites (le tiers du nombre des élèves de la promotion) sur la liste de classement à la suite du concours d'entrée et de l'examen de passage. Les frais de voyage à l'entrée et à la sortie de l'école étaient imputables au budget général tandis que ceux des voyages de vacances étaient imputables au budget de leur colonie d'origine.

Elles étaient aussi soumises à la discipline. Une surveillante générale nommée par décision du Gouverneur général sur la proposition du directeur de l'école était chargée de leur discipline et de leur formation morale. Les punitions applicables étaient la consigne du dimanche prononcée par les chargés de cours et par le médecin adjoint du directeur, la réprimande publique, le blâme avec inscription au dossier, la privation de vacances et l'exclusion définitive de l'école. Cette dernière punition était prononcée par le Gouverneur général sur la proposition du directeur de l'École de Médecine et de l'avis motivé du conseil de discipline.

Les élèves sortant de l'école étaient d'abord nommées sages-femmes stagiaires de 6^e classe avant d'entrer dans le cadre comme sages-femmes de 4^e classe.

Chapitre 3

Organisation du cadre et rôle des sages-femmes auxiliaires

Les sages-femmes auxiliaires appartenaient au cadre des médecins, pharmaciens et sages-femmes auxiliaires indigènes de l'AOF. À partir de 1925, le cadre était réorganisé et celles-ci devaient servir obligatoirement dans le cadre de l'AMI pour une durée de dix ans. Leur rôle premier était en effet la pratique des accouchements. Mais, compte tenu de la mission qui leur était assignée, à savoir lutter contre la mortalité infantile, et de la pénurie de personnel médical, elles devaient aussi seconder les médecins, pratiquer des tournées au cours desquelles étaient dépistées les maladies dites sociales et procéder à l'éducation hygiénique et sanitaire des mères et des matrones. Cette tâche importante ne pouvait être exécutée sans difficultés majeures par ces sages-femmes.

A - Le cadre des sages-femmes auxiliaires

L'arrêté du 1^{er} avril 1921¹ organisait le cadre des médecins, pharmaciens et sages-femmes auxiliaires indigènes commun à toutes les colonies du groupe de l'AOF. Les sages-femmes étaient destinées à concourir au service de l'Assistance médicale sous l'autorité et le contrôle technique des médecins pharmaciens et sages-femmes diplômés de la métropole. Le cadre recrutait parmi les élèves sortant de l'École de Médecine titulaires d'un diplôme de fin d'études et étant âgées de 20 ans au moins et de 30 ans au plus.

¹ JOAOF, Arrêté organisant un cadre de médecins, pharmaciens et sages-femmes auxiliaires commun à toutes les colonies du groupe de l'AOF, le 1er avril 1921, p. 345.

1. Solde et avancement

Les élèves reçues dans l'AMI, entraient dans le cadre comme sages-femmes auxiliaires de 4^e classe.

Les avancements en grade et classe avaient lieu exclusivement au choix pour la nomination aux grades d'auxiliaires principales. Ils avaient lieu dans la proportion des 2/3 au choix et d'un tiers à l'ancienneté pour les grades inférieurs. Nul ne pouvait obtenir un avancement au choix s'il n'était porté sur un tableau d'avancement dressé par une commission spéciale de classement¹. Ne pouvaient être inscrits au tableau d'avancement que les agents proposés par le Lieutenant-gouverneur ou le Secrétaire général du Gouvernement général après avis de l'Inspecteur général des Services sanitaires et médicaux.

Les avancements au choix ne pouvaient être accordés pour toutes les classes de sages-femmes auxiliaires avant 24 mois de services dans la classe inférieure (4^e classe) et pour les sages-femmes auxiliaires principales avant trois ans de services effectifs dans la classe inférieure. Les avancements à l'ancienneté ne pouvaient être accordés qu'après cinq ans de services effectifs dans la classe inférieure.

Tableau 1 : Solde et Hiérarchie des sages-femmes auxiliaires

Hiérarchie	Solde	Péréquation	Catégorie
Sage-femme auxiliaire principale de 1 ^{ère} classe	9 600 F	20 %	3 ^o
Sage-femme auxiliaire principale de 2 ^e classe	8 400 F	20 %	3 ^o
Sage-femme auxiliaire principale de 3 ^e classe	7 200 F	20 %	3 ^o
Sage-femme auxiliaire de 1 ^{ère} classe	6 600 F	80 %	4 ^o
Sage-femme auxiliaire de 2 ^e classe	6 000 F	80 %	4 ^o
Sage-femme auxiliaire de 3 ^e classe	5 400 F	80 %	4 ^o
Sage-femme auxiliaire de 4 ^e classe	4 000 F	80 %	4 ^o

Source : JOAOF, 1921, p. 345.

Ils étaient aussi conditionnés par les notes annuelles données et par les chefs de service du point de vue professionnel, et par l'administrateur du cercle qui évaluait la tenue générale. Elles étaient transmises périodiquement au Lieutenant-gouverneur qui établissait après avis du chef du Service de santé de la colonie, les propositions d'avancement et les soumettait ensuite au Gouverneur général.

Les promotions avaient lieu au 1^{er} janvier et le cas échéant au 1^{er} juillet de chaque année (après réunion de la commission d'avancement) et elles étaient conférées dans l'ordre du tableau. Les sages-femmes auxiliaires de première classe proposées pour le grade de sage-femme auxiliaire principale de troisième classe étaient appelées à faire un stage de perfectionnement de six mois à l'École de Médecine. À l'issue de ce stage, elles subissaient un examen probatoire et les candidates ayant réussi pouvaient être inscrites au tableau d'avancement.

Avec la réorganisation du cadre en 1925, les sages-femmes devaient signer " au préalable l'engagement de servir l'administration pendant dix ans pour compter du jour de leur entrée en fonction " ². Elles devaient aussi intégrer le cadre par arrêté du Gouverneur général sur la présentation du directeur de l'École et la proposition de l'Inspecteur général des Services sanitaires et médicaux, comme auxiliaires stagiaires. La durée du stage était d'un an de service effectif.

Pour accéder au grade de sage-femme principale, les sages-femmes auxiliaires de première classe devaient accomplir avant l'expiration de leur troisième année dans cette classe,

¹ Cette commission était présidée par le Secrétaire du Gouvernement. Elle avait comme membres l'Inspecteur général des Services sanitaires et médicaux, le Directeur de l'École de Médecine et le chef du Service du personnel du Gouvernement général. Cf. l'article 13 de l'arrêté du 1er avril 1921.

² JOAOF, Arrêté réorganisant le cadre des médecins, pharmaciens et sages-femmes auxiliaires communs à toutes les colonies du groupe, le l' AOF, le 07 mai 1925, p. 375.

un stage pratique de trois mois à l'hôpital du chef-lieu de la colonie ou de la Circonscription de Dakar et Dépendances. Celles qui paraissaient mériter un avancement étaient appelées, après avis du directeur de l'hôpital sur la double proposition du chef du Service de santé et du Lieutenant-gouverneur à suivre à l'École de Médecine, un stage de perfectionnement de trois mois à l'issue duquel elles subissaient un examen probatoire. Les candidates ayant passé l'examen avec succès étaient proposées à l'inscription sur le tableau d'avancement et celles qui avaient échoué ne pouvaient bénéficier d'un nouveau stage que deux années plus tard.

Les avancements en grade et classe déterminaient en même temps le montant de la solde des sages-femmes (tableau 1).

Les élèves sortant de l'école et nommées dans le cadre cessaient de percevoir leur bourse et entraient en solde comme sages-femmes stagiaires de 6^e classe la veille de leur embarquement à destination de leur poste ou le jour de leur prise de service. Les sages-femmes auxiliaires percevaient moins que les médecins et pharmaciens auxiliaires, ce qui est d'ailleurs normal, si l'on tient compte de la durée des études des uns et des autres. Elles se plaignaient de la misère des salaires et de la discrimination par rapport aux sages-femmes et infirmières européennes qui percevaient plus qu'elles : par exemple, quand une sage-femme auxiliaire principale de 1^{ère} classe percevait une solde de 9 600 F (tableau 1), celle européenne de mêmes grade et classe gagnait 18 000 F (tableau 2) et recevait en plus un supplément colonial. Néanmoins, les sages-femmes auxiliaires avaient droit à certaines indemnités : indemnité de déplacement, indemnité de zone, indemnité de logement, indemnité de dépaysement. L'indemnité de déplacement était accordée aux sages-femmes désignées pour accomplir un stage de perfectionnement, et celle de dépaysement à celles qui étaient appelées à servir dans une colonie autre que leur colonie d'origine.

Tableau 2 : Hiérarchie et traitement des sages-femmes coloniales

Grades et classes	Solde
Sage-femme hors classe	19 200 F
Sage-femme principale de 1 ^{ère} classe	18 000 F
Sage-femme principale de 2 ^e classe	16 920 F
Sage-femme principale de 3 ^e classe	15 960 F
Sage-femme principale de 4 ^e classe	15 000 F
Sage-femme de 1 ^{ère} classe	13 800 F
Sage-femme de 2 ^e classe	12 900 F
Sage-femme de 3 ^e classe	12 000 F
Sage-femme de 4 ^e classe	11 100 F
Sage-femme de 5 ^e classe	10 200 F
Sage-femme stagiaire	9 000 F

Source : JOAOF, 1937, p. 461.

2. Les obligations professionnelles

Les obligations professionnelles des sages-femmes auxiliaires diplômées de l'École de Médecine de Dakar étaient réglementées par le décret du 27 mai 1925. Nommées fonctionnaires et agents des services médicaux locaux, elles étaient régies en ce qui concerne la discipline, le contrôle et la surveillance par les arrêtés réglementaires du Gouverneur général. Elles étaient autorisées à donner des soins médicaux et obstétricaux aux Européens dans les localités dépourvues de médecins ou sages-femmes exerçant au titre français. Mais, elles devaient au préalable, avoir l'autorisation valable pour une période d'une année renouvelable et révoquant à tout moment, délivrée par le lieutenant-gouverneur sur la proposition du chef du service de santé. En cas d'urgence les sages-femmes auxiliaires non pourvues de la dite autorisation, devaient donner leurs soins aux Européens et assimilés, sous condition d'en référer immédiatement au médecin de l'Assistance médicale de la circonscription. La liste des

opérations autorisées sur les Européens ainsi que celle des médicaments qu'elles étaient autorisées à utiliser étaient strictement dressées par le Gouverneur général. Elles ne pouvaient être commises pour pratiquer des autopsies.

Elles étaient également autorisées à pratiquer leur art à titre privé sous certaines conditions. Ainsi, pour les retraitées, celles ayant quitté le service pour cause de santé ou après l'expiration de leur engagement décennal ainsi que pour celles à qui leur âge ne permettait pas d'être acceptées dans le cadre lors de leur sortie de l'école, il leur fallait une autorisation valable pour cinq ans renouvelables et révocables. Les sages-femmes auxiliaires, comme les médecins auxiliaires demeuraient placés, du point de vue technique et professionnel, sous le contrôle et la surveillance du chef du service de santé de la colonie dans laquelle elles exerçaient¹. Celles ayant cessé d'appartenir aux services médicaux de la colonie ou refusant d'honorer l'engagement décennal ou à leur sortie de l'école refusant d'entrer dans le cadre ne pouvaient être autorisées à exercer leur art à titre privé. Ainsi, " les infractions à ces dispositions étaient passibles de poursuites judiciaires pour exercice illégal de la médecine, prévues par la loi du 14 avril 1910 " ².

Les sanctions disciplinaires applicables aux sages-femmes étaient le blâme officiel avec inscription au dossier, la radiation du tableau d'avancement ou le retard d'une année au plus dans l'avancement à l'ancienneté, la rétrogradation et la révocation. Néanmoins, aucune peine disciplinaire ne pouvait être infligée à un agent du cadre sans qu'il ait été appelé à fournir ses justifications écrites et à prendre préalablement connaissance de son dossier intégral, en guise de son éventuelle défense.

B - Le rôle des sages-femmes auxiliaires

Le rôle de la sage-femme s'exerce plus particulièrement auprès de la femme et de l'enfant. Mais, dès que l'on parle d'elle, on pense subitement à son rôle d'accoucheuse, ignorant souvent un autre aspect non moins important de sa mission : ses activités de propagande et d'éducation dans la société.

1. Accoucheuses et auxiliaires médicales

Formée pendant trois ans à l'École de Médecine de Dakar, la sage-femme auxiliaire était appelée à pratiquer des accouchements dans les formations sanitaires (hôpital, dispensaire, maternité, poste et case de santé, etc.). L'accouchement est défini comme " l'ensemble des phénomènes physiologiques qui aboutissent, au terme de la grossesse, 280 jours ou 9 mois plus 10 jours ou 10 mois lunaires, à l'expulsion du fœtus et de ses annexes " ³. C'est donc un rôle délicat et noble qui consiste à aider une parturiente à donner la vie suivant certaines normes, dont la principale est la propreté : par exemple, il faut couper le cordon ombilical avec un instrument très propre et protéger la plaie avec un pansement très propre pour éviter le tétanos.

À part les accouchements, la sage-femme auxiliaire devait aussi être capable de diagnostiquer les maladies dont souffraient les femmes enceintes et les nouveaux nés pour les soigner ou les recommander à un médecin. C'était aussi son rôle de les convaincre de se faire soigner dans les formations sanitaires, d'où l'importance des consultations pré et postnatales à l'Institut d'hygiène sociale. Ces consultations constituaient une phase importante du travail de la sage-femme auxiliaire dans la lutte contre la mortalité des mères et des enfants. En un mot, elle devait être capable, " non seulement de faire des accouchements, mais aussi de donner des soins sommaires à une personne atteinte d'affection gynécologique, de commencer le traitement d'un nourrisson atteint de broncho-pneumonie, d'apprendre aux mères comment elles peuvent

¹ B. Niang, *op. cit.*, p. 125.

² JOAOF, Arrêté du 1er avril 1921, *op. cit.*

³ Dr. Rossy, *Cours d'obstétrique*, EAMP, Rufisque, Imprimerie du Gouvernement général de l'AOF, 1944, p. 13.

préservent leurs enfants de l'ankylostomose, du paludisme ; bref, d'assurer le triple rôle d'accoucheuse, d'auxiliaire médicale pour les femmes et les enfants et de propagandiste d'hygiène " 1.

Ce rôle de propagandiste d'hygiène devait s'effectuer lors des tournées, surtout en milieu rural où les populations étaient plus réfractaires à la médecine occidentale. C'était là, l'occasion de diffuser quelques notions simples et pratiques d'hygiène assurées par le service de visiteuses d'hygiène qui fut rattaché à l'Institut d'hygiène sociale. La sage-femme auxiliaire fait ici le travail d'infirmière et, pour l'année 1923, l'une d'elles et trois Européennes se partageaient Dakar, divisé en trois secteurs ; " le service local d'hygiène (utilisait) leurs bons offices en vue de la quininisation systématique des enfants " 2. Les tournées médicales étaient nécessaires pour élargir l'action bienfaisante de la sage-femme autochtone en facilitant un contact plus intime avec les populations féminines de sa localité. Elle devait aller vers les populations, rechercher les femmes enceintes et se mettre à leurs dispositions pour les accoucher à domicile 3. C'est tout l'intérêt de la "médecine préventive" sur la "médecine curative". Mais dans ce rôle de propagande, elle avait intérêt à s'armer de patience et de diplomatie ; en aucun cas, elle ne devait " heurter brutalement les mœurs et coutumes locales concernant l'acte obstétrical, mais au contraire, s'ingénier à s'adapter à ces habitudes et à y introduire adroitement les précautions de propreté " 4. C'est donc par ses tournées dans les cases, sa trousse sous le bras, que la sage-femme auxiliaire " prodiguant de-ci de-là un petit soin, un petit conseil ou même simplement un sourire, un mot aimable, parfois une délicate attention, qui d'une maman, fait une amie " 5. Le médecin-chef de Tivaouane a eu bien raison de dire que " la façon de s'y prendre vaut mieux pour le médecin [ce qui est aussi valable pour la sage-femme] que toute sa science " 6. C'est pourquoi, une importance capitale était accordée à la formation morale des élèves sages-femmes auxiliaires.

2. Rôle d'éducation des mères et des matrones

a. Éducation des mères

La mère est la plus apte à donner les soins à son enfant et en plus l'administration coloniale était convaincue qu'en éduquant la femme, on éduquait la société tout entière. Le Gouverneur général Carde disait dans sa circulaire du 12 mars 1924 que " par l'homme, nous pouvons augmenter et améliorer l'économie du pays, par la femme nous touchons au cœur même du foyer indigène où pénètre notre influence ". C'est pourquoi dans la lutte contre la mortalité infantile, les autorités administratives et sanitaires avaient jugé utile d'y associer les femmes en général et les mères en particulier.

Cette éducation se faisait au niveau des maternités, des consultations prénatales et de consultations de nourrissons, mais aussi lors des tournées. Elle était à la fois l'œuvre des médecins, sages-femmes et infirmières-visiteuses. L'éducation se faisait sous forme de conférence publique où l'on expliquait et inculquait aux femmes les notions les plus indispensables de l'hygiène du nouveau-né : comment conduire son allaitement, comment faire sa toilette et comment l'habiller. On leur inspirait la crainte du froid et des moustiques, le danger d'une alimentation très précoce, la peur du tétanos et, enfin la nécessité pour chaque mère de savoir soigner les plaies ombilicales 7.

¹ Nogué et Adam, *op. cit.*, p. 15.

² A. Houyet, *op. cit.*, p. 289.

³ V. annexe 2 : Trousse obstétricale pour le poste et les tournées de la sage-femme.

⁴ JOAOF, Carde, Circulaire n° 1024 du 12 mars 1924, pp. 179-180.

⁵ C. Aguessy, "Rôle des médecins et sages-femmes auxiliaires de l'AOF dans l'AMI", *Bull. Ens. en AOF*, 82, 1933, p. 196.

⁶ ANS, H 14, Correspondance : Cabinet du Service de santé du Sénégal, Tivaouane, le 13 sept. 1928.

⁷ Marthe V. et Ignace Deen, "Contributions aux moyens de lutte contre la mortalité infantile. Éducation des mères et des matrones", in : *Bull. de l'Ass. Amic. et Prof. des anciens élèves de l'École de Médecine*, 1923, p. 10.

On leur faisait connaître aussi les causes des maladies de l'enfance et comment elles se manifestaient. Par exemple pour le cas du tétanos ombilical, Crozat disait que l'enfant a des convulsions, il serre ses mâchoires, il ne peut plus téter, il devient raide au point qu'il est impossible de plier ses jambes, ses bras, de fléchir sa tête. Il ajoutait que cette maladie faisait, à Dakar chaque année 175 à 200 victimes, on en portait à la maternité à peu près 75 à 80 chaque année, on n'en guérissait que 15 à 20, parce que les enfants étaient amenés au dispensaire ou à la maternité que lorsque la maladie avait littéralement anéanti l'enfant. Or le tétanos n'est pas dû à des maléfices quelconques ¹, il est provoqué par un petit germe que l'on ne peut voir qu'avec les instruments spéciaux, et qui se trouve dans tout ce qui est sale ². Ainsi on conseillait aux mères de faire vacciner leurs enfants contre le tétanos. Il fallait aussi les vacciner au BCG, contre la tuberculose. Cette maladie faisait des ravages énormes ; 36 à 40 % chez ceux que n'étaient pas vaccinés et 16 à 18 % chez ceux qui l'étaient. Il était utile également d'éviter que les enfants s'approchent les gens malades.

Pour les femmes enceintes, il suffisait de leur faire savoir que la grossesse n'est pas une maladie ³. Ainsi ces conseils leur permettaient de rester en bonne santé, conduire une grossesse à terme et mettre au monde un enfant sain et bien portant. C'était aussi pour éviter les avortements (expulsion du fœtus dans les six premiers mois de la grossesse), les malformations ou les difficultés qui empêchaient un accouchement normal et qui pouvaient tuer l'enfant ou la mère ou quelquefois les deux. On mettait en garde les femmes contre les dangers de la syphilis et du paludisme qui étaient des causes d'avortements, d'accouchements prématurés et de déficiences congénitales. Pour éviter ces maladies, la sage-femme auxiliaire exhortait la mère de se faire examiner souvent pendant la grossesse, d'écouter et de suivre les conseils donnés soit au niveau des formations sanitaires, soit lors des tournées, et quand l'accouchement risquait d'être difficile, de recourir aux services de la maternité la plus proche, mais assez tôt pour sauver son enfant. Dans ce rôle d'éducation, il était aussi utile que la sage-femme conseille à sa patiente d'accepter et de suivre le traitement des maladies jusqu'à ce que guérison s'en suive, puis qu'il s'agissait de maladies qui pouvaient resurgir à tout moment parce que sévissant à l'état endémique.

b. Éducation des matrones

Devant l'insuffisance du personnel soignant, le Gouverneur général de l'AOF, Carde soulignait dans sa circulaire n° 1024-P du 12 mars 1924 sur le fonctionnement des services d'AMI, la possibilité d'obtenir un meilleur rendement par le perfectionnement de l'instruction des auxiliaires des cadres locaux et par la collaboration d'éléments indigènes dont le concours a été jusqu'à présent négligé. Dans cette circulaire, le Gouverneur manifestait le désir qu'on fit " la tentative de donner aux matrones indigènes quelques notions, non pas d'obstétrique, mais de simple propreté et qu'on leur apprit à faire un pansement ombilical aseptique avec les matériaux dont elles se servent ". C'est là, la première idée émise pour l'éducation des matrones, une éducation pratique qui devait être confiée aux sages-femmes auxiliaires, sous le contrôle du médecin-chef de poste ⁴. Pour ce faire, cette dernière, en rapport avec la matrone du village, devait éviter de se poser comme concurrente, mais devait plutôt la considérer comme une collaboratrice tout en supervisant son travail, en la conseillant et en l'invitant à la pratique moderne de la médecine. C'est lui expliquer comment, selon la manière européenne, étaient soignées les femmes en couches et pourquoi ces soins prévenaient les complications intéressant les mères et les enfants.

Le Gouverneur revint sur ses propositions par la circulaire en date du 15 février 1926 qui préconisait la " médecine préventive et sociale ". En considérant les matrones comme des obstacles à l'action des sages-femmes, on les appelait d'ailleurs " les dangers publics ", il insistait sur l'utilité de leur éducation parce qu'il était important de savoir que la matrone, par

¹ Une matrone affirme avoir perdu 3 enfants par tétanos avant d'être éduquée. Elle ajoute qu'on laissait l'enfant pleurer jusqu'à ce que la mort s'ensuivît, en disant que c'est le *whe* (terme ouolof, on dit que c'est un gri-gri maléfique qui permet de prendre des vies afin de se faire riche). Sokhna Niang, entretien du 20 juillet 2002 à Pire.

² ANS, 1 FI 102/ 163, Crozat; Conférence de puériculture faite aux femmes de Dakar, p. 5.

³ Dr. Spire, "Pour vivre mieux en Afrique. Conseils d'hygiène aux Indigènes", p. 1.

⁴ Marthe V. et Ignace Deen, *op. cit.*, p. 8.

son ancienneté, son âge et parfois sa réputation, jouissait d'une crédibilité auprès des populations qu'elle avait toujours soutenues ; ainsi elle constituait une réelle menace pour la propagande de la médecine européenne. C'est pourquoi le Gouverneur Carde souhaitait qu'elles soient éduquées et pour convaincre, il ajoutait : " il y a une trentaine d'années, les médecins coloniaux ont réussi à combattre le tétanos ombilical de Cochinchine en faisant ainsi l'éducation des accoucheuses annamites (de l'Annam) et délivrant à chacune d'elles une trousse garnie d'un ciseau, d'une pince, de fil et de gaze pour la section et le pansement du cordon ombilical " ¹.

Cette éducation bien que reconnue nécessaire voire indispensable, pour faire pénétrer les notions d'hygiène et de prophylaxie dans les plus lointains villages, ne concernait pas toutes les matrones. En effet, dans un premier lieu, il s'agissait de les recenser et d'apprécier en quelque sorte leur aptitude à comprendre et à accepter les méthodes enseignées. Ce n'est qu'après ce contrôle que celles qui paraissaient accessibles à ces idées étaient invitées à fréquenter la maternité et les consultations. Là, elles assistaient à quelques accouchements et voyaient les conditions dans lesquelles opérait une sage-femme auxiliaire. Lors de cette formation pratique sous forme de stage, la sage-femme indiquait à la matrone les précautions qu'elle devait prendre lorsqu'il s'agissait d'un accouchement à domicile, mais aussi, celles préconisées quand il y avait un accouchement dystocique qui nécessitait une évacuation et l'intervention du médecin tels le forceps, la délivrance artificielle, la complication post-partum, la rétention placentaire, les infections puériles et toutes les complications des suites de couches qui ne pouvaient être suivies à domicile des malades.

À la maternité donc, il s'agissait de persuader les matrones de l'existence de moyens efficaces pour sauver une femme ou son enfant du danger. Dans les cases de santé, c'est à tour de rôle que les matrones assuraient le service de jour et de nuit chaque fois que la sage-femme était appelée pour un accouchement. Là, la maîtresse montrait à ses élèves comment aseptiser les instruments (plateau, pinces, ciseaux), comment sectionner le cordon et comment faire un pansement ombilical. En fait, l'indigène ne sectionnait jamais le cordon ombilical tant que la délivrance n'était pas faite. Il fallait non seulement lui montrer l'inutilité de cette attente, mais encore lui inspirer la crainte du froid et de toutes ses complications auxquelles elle exposait le bébé qui trempait tout nu dans le sang. À l'issue du stage un certificat était délivré à la "matrone éduquée", ainsi qu'une trousse. Sous la surveillance de la sage-femme, elle assurait les soins donnés aux bébés jusqu'à guérison complète des plaies ombilicales.

Mais, cette éducation des matrones se heurtait aussi à des difficultés. Les autorités administratives et sanitaires ainsi que le personnel de santé chargé de leur formation rencontraient d'énormes problèmes, le plus souvent d'ordre social. Les matrones, " celles de la brousse surtout se (montraient) indéniablement rébarbatives dès qu'on essayait — même avec la diplomatie la plus raffinée — de leur montrer ou de leur parler de procédés étrangers à leurs coutumes " ². Elles restaient réfractaires à toute idée de renouveau de la pratique de l'accouchement et certaines d'entre elles s'étonnaient même en disant " n'ai-je pas aidé dans ma famille, 15, 20 femmes à avoir leurs enfants et élever ceux-ci jusqu'à l'âge adulte sans les méthodes des blancs. Le monde est renversé (...) — les enfants nés d'hier veulent apprendre à leur mère ce qu'ils ignorent eux-mêmes " ³.

Devant cette résistance, les autorités préféraient s'y prendre autrement ; privilégier l'intérêt personnel par l'attribution d'une prime de désintéressement pour toute femme qu'elles conduisaient à une maternité de l'AMI au lieu de l'accoucher elles-mêmes ⁴, d'une prime d'encouragement ou de rendement pour chaque accouchement pratiqué et que l'enfant restait vivant au bout d'un mois et la mère bien portante ⁵.

¹ JOAOF, Carde : Instruction sur l'orientation et le fonctionnement des services d'AMI, le 15 févr. 1926, p. 193.

² Marthe V. et Ignace Deen, *op. cit.*, p. 7 bis.

³ Idem.

⁴ ANS, 1 H 31/ 26, Circulaire n° 207/ SS du 11 juillet 1939 du Gouverneur du Sénégal.

⁵ JOAOF, Circulaire n° 1024 - P. du 12 mars 1924, *op. cit.*

À part les primes et allocations allouées aux matrones éduquées, il y avait l'honneur et le prestige qu'elles pouvaient tirer de leur profession, l'élargissement de leur champ d'action et le monopole des accouchements que le certificat leur conférait dans leur village et les autorités, le commandant de cercle ou le chef de canton en premier lieu, n'hésitaient pas à tirer profit de cette reconnaissance sociale pour les conquérir.

Malgré toutes ces mesures, le nombre de matrones éduquées restait insuffisant, la mortalité infantile considérable et que de nombreuses accouchées présentaient des signes d'infection puerpérale¹. C'est pourquoi, en 1939, le Gouverneur du Sénégal Parisot, décida d'appliquer les mesures suivantes :

— pour être autorisées à exercer leurs fonctions, les matrones devaient, dans un délai de six mois, accomplir un stage de trois mois dans la maternité d'un poste médical dirigé par un médecin européen ;

— les matrones ayant satisfait dans des bonnes conditions au stage d'instruction s'inscrivaient auprès du commandant de cercle sur présentation d'un certificat de stage délivré par le médecin-chef du poste médical. Le commandant leur délivrait un permis d'exercer, qu'elles devaient présenter à toute demande faite par un représentant de l'administration ou du Service de santé ;

— l'exercice de leurs fonctions était interdit aux matrones n'ayant pas satisfait au stage d'instruction.

Mais cette décision se heurta à l'opposition de l'Inspecteur général des Services sanitaires et médicaux, le Médecin Marqué et à celle du Directeur des affaires politiques et administratives. En effet, pour l'Inspecteur Marqué, techniquement, cette décision paraissait absolument inapplicable en raison de la disproportion existant entre le nombre de matrones à instruire et les faibles moyens dont disposait le Sénégal : 18 sages-femmes auxiliaires et 9 maternités de brousse en 1939². Quant au Directeur des affaires politiques et administratives, il trouvait cette mesure louable, mais incontestablement trop hâtive. En fait, on ne saurait empêcher une accouchée d'appeler à son chevet une voisine, une parente, une amie qui avait déjà fait ses preuves, d'où donc la quasi-impossibilité d'assurer en l'état actuel des choses, un contrôle effectif des assujetties. En outre, le résultat le plus clair d'une application intégrale de telles dispositions, serait de priver nombre de parturientes de toute aide, avec l'absence dans les environs d'une matrone éduquée ou de semer dangereusement, parmi les familles des femmes en couches, l'incompréhension ou la crainte. Dans ce domaine encore, le progrès social recherché ne pouvait être réalisé de façon brusque ou sous forme d'une imposition, mais plutôt par patience et complaisance, se montrer persuasif et surtout en prêchant l'exemple au travers des personnes influentes : c'est se concilier l'aide des "évolués", des agents et auxiliaires indigènes de tout ordre, par l'intermédiaire des chefs de canton et des chefs de cercles.

Devant cette résignation des autorités consécutive donc aux problèmes sociaux, le nombre des matrones éduquées diminuait considérablement : de 1932 au 31 décembre 1941, il passait de 50 à 20, et pour la même période, le nombre de cas de tétanos ombilical était relativement stable (de 59 à 57). En 1940, une autre circulaire fixait comme conditions de recrutement et d'instruction des matrones, qu'elles devaient être "actives et assez jeunes pour pouvoir suivre avec fruit un stage dans les maternités"³. Dès lors les sanctions rigoureuses s'avéraient donc être d'une nécessité urgente. En 1942, la campagne était reprise et poursuivie avec ténacité à l'instar de celle menée en 1931 pour "obliger les matrones à pratiquer la ligature et la section aseptique du cordon et l'application d'un pansement stérilisé"⁴. En 1944, pour l'ensemble du Sénégal, le nombre de matrones éduquées était en moyenne de 3 à 4 par cercle et de 40 à 50 matrones, donc une baisse considérable par rapport en 1941 pour la colonie. Ce résultat variait d'un cercle à l'autre et un stage de six mois était prévu pour les élèves matrones. On voit donc, malgré tous les efforts consentis, que la sage-femme devait faire face à toutes sortes d'obstacles pour mener à bien sa mission.

¹ Circulaire du 11 juill. 1939, *op. cit.*

² ANS, 1 H 31/ 26, Note n° 1802/ 1 de l'Inspecteur général des Services sanitaires et médicaux pour le Directeur des Affaires politiques et administratives, le 30 sept. 1939.

³ ANS, 2 G 42/ 18, Circulaire générale n° 762/ SSM I du 20 mai 1940.

⁴ *Idem.*

C - Les difficultés des sages-femmes auxiliaires

Ce qui précède montre combien le rôle de la sage-femme était important pour la protection de la mère et de l'enfant, mais, hélas combien difficile à exécuter du fait des difficultés immenses, parmi lesquelles la résistance des populations, l'insuffisance du personnel et des infrastructures liées aux problèmes d'ordre financier.

1. La résistance des populations

La place de la femme dans la société africaine traditionnelle est le foyer. Dans sa maison, il lui faut "mille bras" pour s'occuper à la fois de son mari, de ses enfants et pour contrôler le déroulement des tâches ménagères ainsi que certains travaux champêtres (ill. 1 : "la femme aux mille bras"). Cette importance de la femme dans la société dont elle constitue l'épine dorsale, faisait que dans l'entreprise coloniale, l'éducation des filles s'était avérée être l'une des missions les plus délicates. Dans la perspective de gagner la femme indigène à la cause coloniale, à l'intention des filles, on avait ajouté au programme de l'enseignement primaire élémentaire commun aux deux sexes, un enseignement "des sciences naturelles appliquées à l'hygiène, notamment infantile, du blanchissage, du repassage, de la culture, de la cuisine"¹. Mais, bien que la législation n'ait jamais fait état de distinction entre les deux sexes, le nombre de garçons scolarisés a toujours été supérieur à celui des filles comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 3 : Effectifs scolaires de l'AOF de 1903 à 1938

Années	1903-04	1908-09	1911-12	1916-17	1917-18	1919-20	1924-25	1930-31	1937-38
Filles	842 938	1156	899	502	400	2500	4533	5892	
Garçons	4168	10703	10010	?	?	17995	28515	?	56572

Source : P. M. Diop, *op. cit.*, p. 1096.

Cela tient aussi à l'idéologie coloniale et à l'urgence pour l'administration de former un personnel utile : "il faut former rapidement des instituteurs, des postiers, des commis pour l'administration coloniale et le commerce, des médecins, des vétérinaires"². Plus tard, les autorités coloniales reconnaissent la nécessité de l'éducation des filles pour la création de "foyers éclairés"³, d'où la mise sur pied des écoles de filles. Dès 1921, le Gouverneur général Merlin disait : "sans l'enseignement des filles, notre œuvre d'éducation dans ce pays reste superficielle, éphémère et caduque"⁴. Cette œuvre d'éducation des filles ne saurait se faire si au préalable, on ne combattait pas la résistance des familles indigènes qui refusaient d'envoyer leurs filles à l'école.

Ce manque d'instruction des filles se répercutait dans leur future vie de femmes au foyer. Ainsi, de la même manière, amener les populations à abandonner les actes qu'elles avaient toujours pratiqués et qu'elles avaient accordé une haute importance n'était pas non plus

¹ P. M. Diop, "Enseignement de la jeune fille indigène en AOF : 1930-1958", in : C. Becker, S. Mbaye et I. Thioub (éds.), *op. cit.*, p. 1089.

² *Idem.*, p. 1092.

³ ANS, O 212/ 31, École Normale des filles de Rufisque. Formation des élèves sages-femmes : de l'instruction et de l'éducation des filles en AOF.

⁴ Cf. Germaine Le Goff, L'évolution de la femme indigène par l'école française, in : *Congrès International de l'Évolution Culturelle des peuples coloniaux*, 1937, p. 48.



Figure 1 :
La femme aux mille bras

chose aisée. C'est ainsi que la matrone qui est " la rebouteuse qui masse les petits-enfants, soigne leurs maladies et conjure les mauvais sorts "1, était considérée comme un obstacle à la progression de la médecine scientifique. En plus, le fait qu'elle était le plus souvent une personne âgée qui avait " une longue expérience de la vie " par rapport au jeune âge de la sage-femme auxiliaire, constituait un avantage certain qui faisait que les mères et parturientes elles-mêmes faisaient plus confiance à ses soins.

Les différences ethniques ou linguistiques étaient aussi causes de résistance. L'École de Médecine était une école fédérale qui formait des sages-femmes de diverses colonies. À leur sortie de l'école, elles étaient affectées dans différentes colonies, ce qui fait que la sage-femme pouvait exercer dans une colonie autre que sa colonie d'origine. Cette situation posait problème du fait de l'incompréhension entre les populations et les nouvelles praticiennes qui résultait des différences ethniques, linguistiques et souvent raciales. Eu égard à cela, Carde avait bien raison de dire qu'une sage-femme qui a besoin d'interprète perd les trois quarts de son rendement 2. L'exemple de Françoise Coco, Dahoméenne, illustre bien cette situation. Cette sage-femme, née le 5 mars 1909 à Cotonou a grandi au Dahomey (l'actuel Bénin). À ce moment les majores de promotion restaient à la maternité de Dakar. Elles avaient aussi le privilège de choisir leur lieu d'affectation. Ainsi, elle avait choisi la Côte d'Ivoire où elle avait servi pendant douze ans parce qu'étant plus proche du Dahomey. Ses difficultés commençaient avec son affectation au Mali et en plein "bled" où elle avait passé deux ans. Là, elle était vraiment "démoralisée", dit-elle. Elle y était restée seule avec ses enfants, la nourriture et l'eau leur étaient ravitaillées. De ce "bled", elle avait rejoint son mari (Sénégalais) à Tombouctou, une contrée chaude où elle avait vécu le racisme. Elle avait éprouvé toutes sortes de difficultés pour consulter ou soigner les femmes enceintes, celles-ci refusant catégoriquement l'aide d'une inconnue, qui plus est est de teint noir, alors qu'elle n'avait pas le choix ; il fallait exécuter les ordres du chef de Service. Ce n'est que lorsqu'elle passait l'examen du principalat qu'elle était retournée à Dakar pour s'y installer définitivement 3.

En plus les premières promotions sorties de l'École de Médecine étaient, " à une exception près des mulâtresses ou des métisses, (...) habituées au service dans une maternité, la pratique de l'accouchement dans une case indigène les déconcerte "4, d'autant plus qu'elles n'étaient pas bien appréciées par les femmes indigènes. C'est pourquoi à l'École de Médecine, on s'était efforcé non seulement de former la mentalité de ces jeunes filles pour maintenir les liens de race [entendons ethnique], mais aussi de les accoutumer à moins d'élégance pour qu'elles soient bien accueillies dans les cases et qu'elles-mêmes, elles éprouvent moins d'hésitations à y entrer 5. Le Gouverneur général p.i. de l'AOF y avait pensé en suggérant que le recrutement des sages-femmes soit diversifié, et que la " future sage-femme devra non seulement parler la langue du pays, être initié à ces mœurs, à ces préjugés même, mais encore appartenir au même groupe ethnique "6.

Cette incompréhension et cette méfiance permanentes expliquent d'une part la tendance très fâcheuse de certaines sages-femmes à se cantonner dans les maternités, se consacrant ainsi à leur rôle d'accoucheuse plutôt que d'effectuer des tournées dans les villages pour jouer leur rôle d'éducatrice 7.

Cette attitude s'explique d'autre part, par le manque de moyens de transport qui faciliterait le déplacement. C'est pourquoi, le Gouverneur général Carde suggérait que le personnel de l'Assistance soit pourvu de moyens de transport rapides, " autos pour les

1 Marthe Virginie et Ignace Deen, *op. cit.*, p 9.

2 JOAOF, Carde, Instructions du 15 février 1926, *op. cit.*, p. 196.

3 Françoise Coco, *op. cit.*

4 ANS, H 186, *op. cit.*

5 JOAOF, *op. cit.*

6 JOS, Circulaire du 5 octobre 1920, *op. cit.*

7 JOAOF, Circulaire du 12 mars 1924, *op. cit.*

médecins européens et bicyclettes ou cheval pour les indigènes ¹. Parfois, certains étaient obligés de recourir à d'autres moyens de transport comme l'affirme une sage-femme auxiliaire qui, affectée à Podor, était obligée de se rendre au travail sur une barque pendant l'hivernage ².

Entre autres facteurs explicatifs de cette attitude, il y a l'existence de certaines praticiennes qui se détournent " de leur service normal d'assistance médicale indigène, pour se consacrer à la clientèle européenne, soit en ville, soit dans les formations sanitaires du service général " ³. Or, le personnel auxiliaire a été créé pour les besoins de la population indigène, il ne doit pas être employé pour les malades de race blanche que secondairement, en l'absence de médecin européen. Ainsi, en aucun cas, les sages-femmes auxiliaires ne devaient être immobilisées auprès des européennes qui faisaient leurs couches à domicile.

2. Personnel et infrastructures

Au Sénégal, comme ailleurs en AOF, l'effectif du personnel médical était numériquement insuffisant. Les deux premières promotions (cf. annexe 3) de sages-femmes sorties de l'École de Médecine étaient constituées respectivement de 15 (1921) et 21 (décembre 1922) sages-femmes. En 1924, 15 sages-femmes étaient sorties de l'école, portant à 53 le nombre de ces jeunes gens inscrits dans le cadre du personnel de l'Assistance. L'année 1926 était caractérisée par la mise en marche d'un nouveau programme d'organisation et de fonctionnement des Services de santé et d'AMI. La politique sanitaire était orientée dans le sens de la médecine préventive et sociale. Pour la première fois depuis longtemps, les médecins européens étaient en nombre à peu près suffisant. Tombé à 92 en juillet 1925, il était de 132 en fin d'année 1925 et s'était trouvé porté à 165 en 1926. À la suite des promotions de 1926, le nombre de sages-femmes auxiliaires s'établissait à 76, auquel il convient d'ajouter 60 aides, 255 infirmiers et infirmières ⁴. Cette augmentation du personnel en 1926 était aussi rendue possible grâce au relèvement des crédits consacrés aux Services de santé. Depuis 1900, le budget des services de santé ne cessait de s'accroître.

Tableau 4 : Budget des Services de santé de l'AOF de 1900 à 1926

Année	Montant
1900	344 250 F
1921	7 717 371 F
1922	9 142 300 F
1923	7 977 970 F
1924	10 310 930 F
1925	14 742 780 F
1926	18 604 195 F

Source : ANS, 2 G 26/ 2, p. 3.

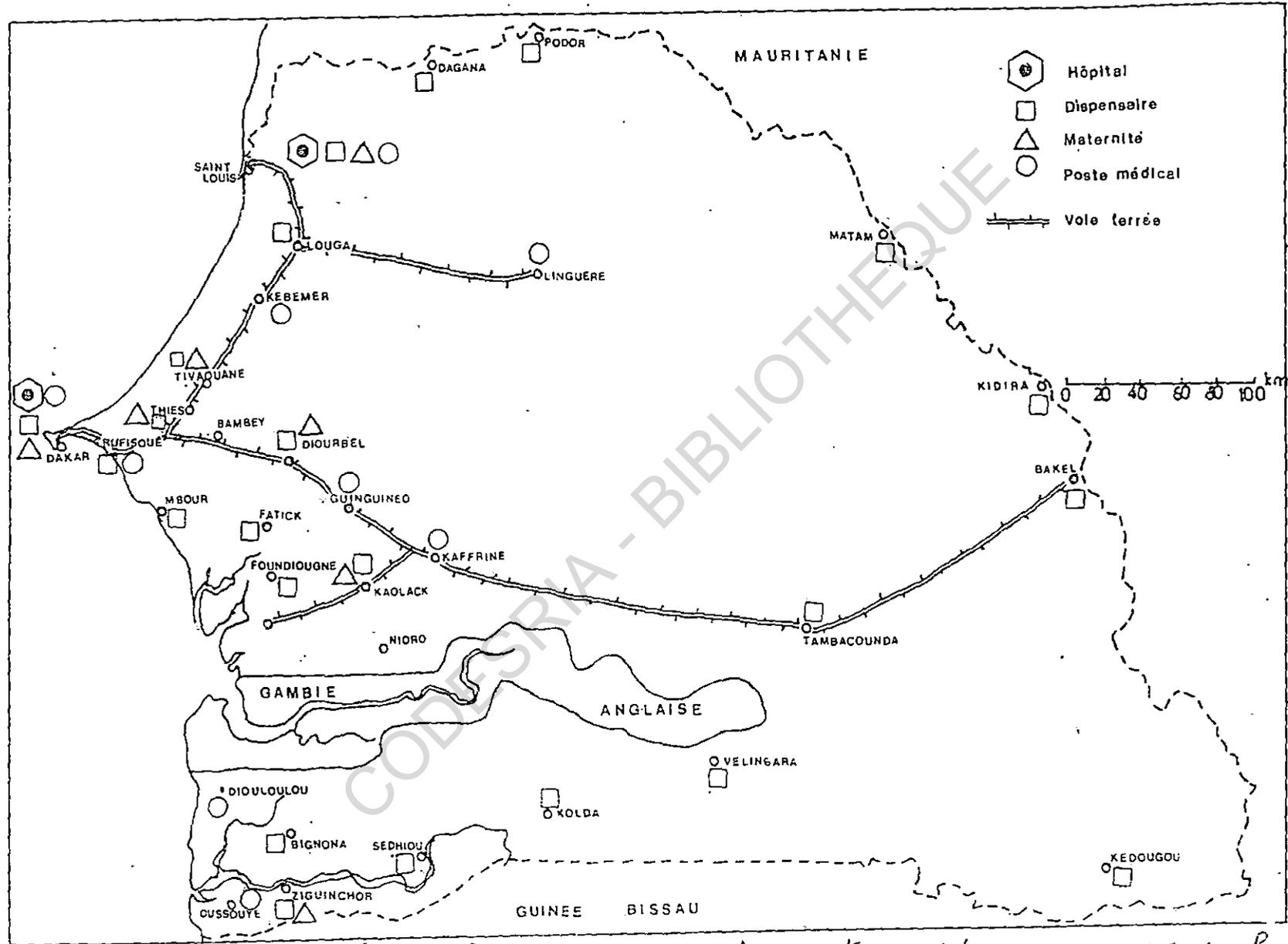
Mais, malgré ce relèvement général du personnel de santé en 1926, le nombre de sages-femmes auxiliaires en service au Sénégal était resté insuffisant : de 6 en 1925 il passe à 11 en 1927 et 1928, 18 en 1939, 22 en 1941 et 31 en 1941.

¹ JOAOF, Carde, Instructions relatives au fonctionnement des services de santé et d'assistance, le 05 mars 1927, p. 259.

² Témoignage anonyme d'une sage-femme auxiliaire, le 13 août 2001.

³ JOS, Circulaire du 05 octobre 1920, *op. cit.*

⁴ ANS, 2 G 26/ 2, Rapport d'ensemble de l'Inspection générale des Services sanitaires et médicaux, p. 2.



Carte 1. La répartition des postes médicaux au Sénégal en 1930, citée : M. Hadji Hamadou Bourge, *mémoire*, p. 32.

Tableau 5 : Effectif du personnel médical au Sénégal au 31 juillet 1925

Villes ou cercles	Méd. du cadre de l'AMI	Méd. auxil.	Sages-femmes	Infirmières	Infirmiers d'hygiène	Gardes
Saint-Louis	-	1	1	5	11	18
Louga	1	-	-	2	8	
Tivaouane	-	1	1	-	4	17
Thiès	1	1	1	6	14	
Joal	1	1	1	3	12	
Sine-Saloum	1	1	1	-	-	12
Rufisque	-	-	-	6	3	
Tambacounda	-	-	-	-	1	1
Kédougou	-	-	-	-	1	-
Casamance	1	-	1	1	9	5
Dagana	-	-	-	2	-	
Podor	-	-	-	3	-	
Matam	-	-	-	3	1	
Bakel	-	-	-	1	-	
Total	4	4	6	52	97	

Source : ANS, Extrait de H 186/ 163, *op. cit.*

Tableau 6 : Liste nominative des sages-femmes auxiliaires en service au Sénégal en 1927

Nom	Grade	Résidence
Mmes	Gaye	2 ^e classe
	Diouf	2 ^e classe
	Coulibaly	3 ^e classe
	Delbuiel	♣
Mlles	Blondin	♣
	Diop Nafissatou	♣
	Diagne Louise	♣
	Konaté Léonie	♣
	Nelson	Stagiaire
	Chimère	♣
	Gomis	1 ^{ère} classe
		Saint-Louis
		Thiès
		Ziguinchor
		?
		Thiès
		Fatick
		Tivaouane
		Louga
		Kaolack
		Diourbel
		Saint-Louis

Source : ANS, H 14, Colonie du Sénégal, Service de santé, p. 3.

Le nombre total de sages-femmes sorties de l'École de Médecine depuis sa création était de 290 en 1941. Sur l'effectif global des sages-femmes auxiliaires du cadre de l'AMI, la majorité était constituée de dahoméennes (110 soit 28 %), de soudanaises (57) et de sénégalaises (44).

Compte tenu de l'insuffisance du personnel et des infrastructures, l'administration avait tendance de n'en doter que les localités les plus importantes économiquement et englobant parfois une population importante¹. La remarque du médecin général Marqué, Inspecteur mobile d'hygiène de la colonie du Sénégal, illustre bien cette situation. Il soulignait qu'après l'hôpital de Saint-Louis, la formation sanitaire de Kaolack était la plus importante du Sénégal ; très étoffée en personnel avec un deuxième médecin européen et un ensemble de belles constructions. Mais la place affectée aux femmes indigènes était cependant trop petite. Sur 60 lits d'hospitalisation, 7 seulement étaient réservés aux femmes malades. Quant à la maternité, elle ne comprenait qu'une salle commune de 12 lits et une chambre d'isolement à un lit, ce qui est bien loin de correspondre à l'importance de l'agglomération qui comportait environ 40 000

¹ V. Carte de la répartition des postes médicaux au Sénégal en 1930.

habitants. Ainsi, il encourageait la construction de maternité digne d'une grande ville du Sénégal et comportant nettement des chambres séparées pour les femmes de notables, de fonctionnaires et de payants ¹.

Malgré le manque de personnel, les rendements étaient encourageants. Ainsi, en 1928, à l'hôpital central indigène, le service de consultation de gynécologie avait reçu 689 malades totalisant 3 046 consultations, ce qui était un résultat satisfaisant si l'on considère le peu d'empressement des femmes indigènes de toutes religions à se soumettre à une visite médicale pour des affections génitales qui ne présentent pas un caractère d'urgence absolue. En plus, la gynécologie était une prophylaxie jusqu'alors méconnue de ces femmes dont certaines ménageaient "des sentiments de pudeur" à son égard.

Le service de consultation prénatale avait reçu 608 femmes enceintes, totalisant 4 674 consultations, et les consultations de nourrissons 3 087 enfants. À Saint-Louis, 27 accouchements avaient été pratiqués à la maternité européenne et 36 à la maternité indigène. En 1939, 276 accouchements avaient eu lieu à la maternité de l'hôpital principal et en 1941, la consultation prénatale enregistrait le nombre de 2 780 femmes enceintes à la Polyclinique Roume.

Tableau 7 : Consultantes et consultations de 1933 à 1939

Années	Consultantes	Consultations
1933	5 551	21 853
1934	5 570	27 453
1935	6 621	28 972
1936	7 145	30 672
1937	6 821	29 296
1938	6 475	23 161
1939	9 168	32 935

Source : ANS, 2 G 39/ 14, p. 103.

3. Mesures d'amélioration de l'intervention des sages-femmes auxiliaires

Le rendement du service de santé ne cessait de s'améliorer. Cela était possible du fait que l'administration coloniale s'était servie de différents procédés pour attirer les femmes indigènes à la maternité.

Ainsi en 1925, un arrêté du Gouverneur des colonies réglementait " le mode d'attribution des primes à la maternité " ; il était prévu que " dans les localités où fonctionnait un service de consultations spécialement réservées aux femmes enceintes et aux nourrissons, il était alloué à toute femme indigente fréquentant ces consultations, et à titre de prime de maternité imputable au budget local, soit des vêtements d'enfants, soit un secours en argent dont le maximum ne dépassait pas 15 francs par trimestre pour une même bénéficiaire " ².

En 1928, le directeur p. i. de l'hôpital central indigène suggérait, dans le cadre de la lutte contre la mortalité infantile, de tenter l'éducation de la femme indigène par la femme française en créant une "osmose morale"³. Assistées par des infirmières-visiteuses indigènes, un groupement de "Dames françaises" spécialement instruites devaient visiter à domicile la totalité des femmes indigènes de Dakar et du centre de Médina. De cette collaboration, il devait en résulter, en quelques années, une transformation profonde qui gagnait la masse d'abord passivement docile puis conquise par les bienfaits tangibles qu'elle tirait des méthodes occidentales. Cette œuvre d'éducation s'appuyait sur une œuvre d'assistance matérielle par

¹ ANS, 1 H 37/ 13, Rapport d'inspection du médecin général Marqué, le 19 juin 1939.

² JOS, Arrêté n° 489 réglementant le mode d'allocation des primes à la maternité, le 25 février 1925.

³ ANS, 2 G 28/ 17, Rapport médical annuel, pp. 28-30.

l'achat de vêtements et de cadres de lits berceaux pour les petits-enfants, des farinages et lait de conserve indispensables à l'alimentation des tous petits.

En 1932, une décision de l'administrateur en chef des colonies autorisait le médecin-chef de la maternité indigène à nourrir, sur les fonds d'alimentation de l'hôpital indigène, les femmes en état de grossesse se présentant aux consultations prénatales dans des conditions particulières de sous-alimentation¹. En effet, cette façon de procéder constituait un moyen de propagande très efficace pour attirer les femmes enceintes aux consultations.

Le 19 novembre 1937, fut promulgué le décret créant dans les colonies, un corps d'infirmières et de sages-femmes coloniales (v. infra). Elles exerçaient dans les maternités et les services de protection de la mère et de l'enfant.

En 1941, le programme d'"Assistance médicale en profondeur"², modifiait encore l'orientation de l'assistance médicale. Il visait à étendre les consultations à toutes les colonies, par une propagande efficace pour l'éducation des mères indigènes et une concurrence sérieuse vis-à-vis des marabouts et des guérisseurs³.

En 1942, c'est dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI), que la carte de grossesse fut instituée pour renforcer et faciliter l'action de ses services ; surveillance des gestations, fréquentations régulières des consultations prénatales (CPN), continuité des soins prescrits... Cette carte permettait aux femmes enceintes de pouvoir bénéficier d'une ration alimentaire supplémentaire journalière de céréales de 4 000 grammes. Elle devait être établie dès les premiers mois de gestation et devait, au début du 6^e mois, faire preuve que la femme a déjà été examinée, suivie et traitée, s'il y a lieu. La ration supplémentaire n'était allouée qu'aux femmes qui avaient suivi assidûment les CPN. Pour la protection du nouveau-né et de l'enfant, la fiche de protection de l'enfance fut instituée pour attirer les femmes aux consultations postnatales. Le tableau suivant montre la progression des accouchements dans les formations sanitaires de 1941 à 1944.

Tableau 8 : Nombre des accouchements de 1941 à 1944

Années	Formation sanitaire	Accouchements à domicile	Total
1941*	3 611	1 149	4 760
1942	4 030	1 583	5 513
1943	5 965	2 304	8 269
1944	6 598	1 536	8 128

Sources : ANS, * 2 G 41/ 15, p. 132 et 2 G 44/ 11, p. 153.

En 1944, sur 8 128 accouchements pratiqués, on comptait 7 481 normaux, 143 gémellaires, 52 prématurés, 193 dystociques et 259 mort-nés.

Beaucoup d'appréciations ont été portées sur la valeur du personnel de l'AMI. À l'égard des sages-femmes auxiliaires, on leur reprochait la compréhension inexacte de leur rôle, leur manque d'ardeur au travail et le fait qu'elles se cantonnent dans les salles de consultation. Des sanctions étaient prévues contre celles qui ne se conformaient pas aux ordres donnés⁴. Marqué écrivait dans son rapport d'inspection de 1939 que certaines sages-femmes n'étaient pas qualifiées pour se servir de la plupart des produits dont elles ignorent d'ailleurs souvent la posologie et les indications. Parlant d'une sage-femme de Tivaouane, il disait qu'elle ne

¹ ANS, 1 H 102/ 163, Circonscription de Dakar et Dépendances : Décision du 20 septembre 1932 au sujet de la nourriture des femmes enceintes.

² Circulaire ministérielle 274/ S du 6 août 1935. Cf. Hugot, Les services sanitaires et l'évolution indigènes en Guinée Française. in : *Cong. Inter. Évol. Cult. Peup. Col.*, 1937, p. 74.

³ ANS, 2 G 41/ 15, Sénégal, Rapport annuel, p. 36.

⁴ ANS, 2 G 39/ 14, Sénégal, Rapport annuel, p. 103-105.

connaissait pas l'emploi de certains médicaments qui contiennent par ailleurs des " produits inutiles et même dangereux, tels que laudanum, iodure de potassium, créosote, chloral, liqueur de Fowler ammoniacale, urotropine acide acétique, bleu de méthylène " ¹. Néanmoins, les remarques n'étaient pas toujours aussi négatives ; certains inspecteurs n'avaient pas manqué de louer les compétences, les qualités professionnelles et morales des sages-femmes ² et beaucoup, y compris les nombreuses Européennes qu'elles avaient accouchées ne peuvent oublier leur gentillesse et leur bonne humeur ; le succès des maternités de l'AMI leur était entièrement dû, comme l'a été la formation des matrones et autres accoucheuses de brousse ³. Déjà en 1924, on remarquait que " les sages-femmes étaient d'un caractère plus souple que les médecins auxiliaires, incontestablement plus dévouées aussi. L'impression générale est que, apportant toute leur bonne volonté et le meilleur esprit de discipline à bien faire, il faut attendre d'ici quelques années, d'excellents résultats de leur influence " ⁴, et encore à plusieurs reprises on a parlé de leur valeur professionnelle satisfaisante ⁵.

Conclusion

La création du corps des sages-femmes auxiliaires obéissait donc à un besoin déterminé : faire baisser le taux de mortalité infantile en y associant la femme indigène. Le mérite de cette première génération de sages-femmes est d'avoir réussi, non sans difficulté, là où les médecins et sages-femmes européens avaient échoué. Elles ont constitué d'excellentes collaboratrices et auxiliaires des médecins de l'AMI à une période où les populations autochtones étaient réfractaires à la médecine coloniale. Bien que leur nombre était réduit, leur action a été déterminante dans la lutte contre la mortalité infantile. " Ce personnel médical un peu improvisé " selon Georges Hardy ⁶, a joué un rôle de pionnier dans son domaine d'intervention et les résultats encourageants qu'il a fournis, aboutissaient à la nécessité de parfaire leur éducation et de relever leur statut pour mieux faire face aux attentes des populations et aux impératifs du développement économique et social. Au fur et à mesure que cette médecine s'implantait, on assistait à l'émergence de besoins nouveaux et de nouvelles exigences aussi bien du point de vue de la formation que de la pratique. Ainsi, dès 1944, l'École Africaine de Médecine et de Pharmacie de l'AOF ouverte à Dakar favorisa un recrutement plus large et, en même temps, une amélioration du statut de l'indigène dans le contexte colonial.

¹ ANS, 1 H 37/ 13, *op. cit.*

² ANS, 2 G 39/ 14, p. 107.

³ Léon Lapeyssonnie, *La médecine coloniale. Mythe et réalités*, Médecine et Histoire, Paris : Seghers, 1988, pp. 251-252.

⁴ ANS, 2 G 24/ 34, AOF, Rapport médical annuel, p. 3.

⁵ ANS, 2 G 41/ 7, Circonscription de Dakar et Dépendances, Rapport annuel, p. 3.

⁶ Georges Hardy, *Nos grands problèmes coloniaux*, in : 12, Paris : Armand Colin, III, 1929, p. 24.

Deuxième partie

Les sages-femmes africaines de 1944 à 1957

Introduction

La période allant de 1944 à 1957 a été marquée en Afrique par des bouleversements socio-politiques favorables à l'émancipation des peuples colonisés. On assista à une prise de conscience collective des élites suite à la Conférence de Brazzaville. Les Africains, de plus en plus conscients de leur situation d'élite, avaient décidé de lutter pour l'amélioration de leur statut, l'augmentation de leur salaire et la reconnaissance de l'égalité entre fonctionnaires européens et africains. Les sages-femmes n'étaient pas en marge de ce courant. Même si elles n'avaient pas combattu auprès des troupes les armes à la main, elles n'étaient pas moins éprouvées par ce conflit ; elles allaient jusqu'à " se retirer dans les caves de la maternité de l'hôpital indigène pour pratiquer les accouchements quand il y avait alerte " ¹, afin de sauver une mère et son enfant. Ainsi, auprès des médecins et pharmaciens avec qui elles partageaient le cadre, elles avaient lutté pour une meilleure situation, lutte commencée d'ailleurs depuis l'École Africaine de Médecine et de Pharmacie.

Chapitre premier L'École Africaine de Médecine et de Pharmacie

Quand l'École de Médecine formait des médecins, pharmaciens et des sages-femmes auxiliaires, l'École Africaine de Médecine et de Pharmacie (EAMP) de Dakar se chargeait de la formation des médecins, pharmaciens et sages-femmes africains destinés à servir dans l'ensemble des territoires du groupe formé par l'AOF, l'AEF, le Cameroun et le Togo. Cette école interfédérale a été instituée par le décret du 11 août 1944 ² suite aux recommandations de la Conférence africaine française de Brazzaville au cours de laquelle le Gouvernement provisoire français adoptait une nouvelle politique envers ses colonies.

¹ Témoignage de Françoise Coco, *op. cit.*

² JOAOF, Décret du 11 août 1944, p. 813.

A - La Conférence de Brazzaville : La constitution d'une nouvelle élite indigène

Avec cette conférence qui s'était tenue à Brazzaville du 30 janvier au 8 février 1944, " le respect et le progrès de la vie indigène devaient être à la base de la politique française " ¹. Pour la formation de l'élite africaine, le pouvoir colonial s'appuyait sur le caractère dualiste attribué à la société africaine en ces termes : " la masse était restée fidèle à ses institutions coutumières. En revanche, au contact du colonisateur, issue de ses écoles, une élite apparaissait, avide certes d'occidentalisation ; mais restait attachée à son mode de vie originel " ².

L'enseignement constituait donc le moyen le plus rapide, sinon le seul pour atteindre cet objectif. En effet, son orientation visait, d'une part, à atteindre et pénétrer les masses et leur apprendre à mieux-vivre, et d'autre part, à aboutir à une sélection sûre et rapide des élites, c'est-à-dire, " des hommes représentatifs de la société africaine ". La participation de ces derniers était préférée à la représentation par les chefs bien qu'ils ne jouissaient pas toujours de l'estime générale : ils étaient assimilés à des parvenus.

Ainsi, avec l'enseignement, " le travail d'assimilation portait ses fruits. Les éléments qui échappaient au cadre traditionnel étaient pour ainsi dire happés par la civilisation française. Ils étaient de plus en plus réceptifs aux influences extérieures diffusées à partir des foyers culturels. Là, ils s'adonnaient à l'imitation du modèle proposé par le conquérant " ³.

Former une élite était une chose, la maintenir en était une autre ; c'est ainsi qu'il fut reconnu à Brazzaville que les professions les plus diverses devaient être progressivement réservées aux indigènes et, pour une évolution rapide, on devait améliorer ses conditions matérielle et morale. Ainsi, l'élite était constituée d'instituteurs et institutrices, de médecins et sages-femmes, d'avocats, de commis des services administratifs, financiers et comptables, de commis des services techniques et de journalistes. Minoritaires, ils formaient " la crème de l'élite indigène " ⁴. À propos d'élite, Caroline Faye, institutrice de son État disait, en racontant sa vie, qu'elle pouvait commencer en 1945, année où elle est sortie de l'École normale : " c'est à ce moment qu'a commencé à se dessiner la vraie vie d'éducatrice, d'éducatrice sur toutes ses formes ! Puisqu'affectée à Louga, j'ai continué ma formation dans la vie ; la vie sociale, la vie politique, la vie économique. J'ai senti le besoin de continuer à m'instruire auprès des femmes, auprès des mères. Car, de notre temps, il ne s'agissait pas seulement d'inscrire les enfants, il fallait aussi les éduquer. Et comme de notre temps les quatre années que nous avons passées à l'École Normale ont été très riches ; non seulement nous étions formées pour l'enseignement, mais aussi pour être mère, la femme. Et déjà, nous traitions et nous nous activions pour être de vraies ménagères plus tard, de vraies femmes d'intérieur. Nous étions parmi les premières qu'on pouvait appeler élite. Alors, ça demandait des qualités... " ⁵. De la même manière, les sages-femmes, elles aussi, devaient jouer ces mêmes rôles d'éducatrices et de modèles pour les autres femmes qu'elles côtoyaient ⁶.

Elles étaient formées à l'EAMP de Dakar, réplique sur le continent africain de l'école d'Hanoï pour l'Extrême-orient. Cette école permettait aussi de mettre fin à la diversité du recrutement qui se reflétait au niveau des programmes d'instruction, de la durée des études et même de leur appellation.

¹ R. M. Lemesle, *La Conférence de Brazzaville de 1944 : Contexte et repères. Cinquantenaire des prémices de la décolonisation*. Collection : Notes africaines, asiatiques et caraïbes, 1994, p. 43.

² *Idem.*, pp. 49-50.

³ Mbaye Guèye, *Les transformations des sociétés wolof et sérère de l'ère de la conquête à la mise en place de l'administration coloniale : 1854-1920*, thèse d'État, UCAD, 1989-90, p. 6.

⁴ B. Niang, *op. cit.*, p. 30.

⁵ Awa Kane, *Femmes et politique : des récits de vie et / ou de pratiques de quelques militantes sénégalaises*, mémoire de maîtrise, UCAD, 1995, p. 14.

⁶ V. *infra*, troisième partie, chapitre 3 (D).

B - Organisation et fonctionnement de l'École Africaine de Médecine et de Pharmacie

L'arrêté du 14 août 1944¹ définissait l'organisation et le fonctionnement de l'EAMP de Dakar, habilitée à recevoir et former tous les médecins, pharmaciens et sages-femmes qui concouraient au service de l'Assistance médicale en AOF, en AEF, au Cameroun et au Togo. Cette école devait remplacer l'École de Médecine de Dakar et le centre d'instruction d'Ayos supprimés à compter du premier novembre 1944. En 1953, date de la sortie des dernières promotions de médecins et pharmaciens, cet établissement disparaissait pour céder la place à l'École des sages-femmes africaines. Désormais, cette dernière ne s'occupait plus que de la formation de ces dernières. En effet, un décret du 6 avril 1950 créait à Dakar un Institut des Hautes Études rattaché aux Universités de Paris et de Bordeaux. Cet Institut comprenait quatre sections d'enseignement supérieur dont l'École Préparatoire de Médecine et de Pharmacie. Les trois autres préparaient en droit, science et lettres.

L'EAMP était gérée par un directeur nommé par arrêté du Commissaire aux colonies sur proposition du directeur du Service de santé colonial. Chargé de la direction de l'hôpital d'instruction et de ses annexes, il était assisté, pour la gestion administrative et financière, par un économiste nommé lui aussi par arrêté du Commissaire aux colonies, et en matière d'enseignement, par un sous-directeur qui était le professeur titulaire le plus ancien dans le grade le plus élevé.

L'économiste, qui était secrétaire du Conseil d'administration, suivait la comptabilité en deniers et matières de l'école et disposait d'une caisse de menues dépenses dont le montant était fixé par arrêté du Gouverneur général de l'AOF, sur proposition du Conseil d'administration. Il était secondé par un comptable gestionnaire et des commis nécessaires à la tenue des écritures.

Les attributions du sous-directeur consistaient plus spécifiquement à veiller à la discipline des élèves et à la surveillance de leurs études à l'école et à l'hôpital d'instruction. Il exerçait ses attributions sous l'autorité du directeur et pouvait infliger directement les consignes et les réprimandes. En cas d'urgence ou d'empêchement, il assurait l'intérim de la direction de l'école.

Le Conseil d'administration de l'école était composé du directeur général de la Santé publique de l'AOF qui en assurait la présidence, du contrôleur financier de l'AOF, du directeur de l'école, de représentants de l'AEF et du Cameroun comme membres. Ce Conseil établissait le règlement intérieur, arrêtait, après visa du contrôleur financier de l'AOF, le budget préparé par le directeur de l'école ainsi que les comptes définitifs de chaque exercice. Il devait aussi accepter tous les dons et legs, procéder à toutes les acquisitions et prendre les mesures conservatoires utiles pour la sauvegarde des biens de l'école. Ses décisions, prises à la majorité des voix, dont celle du président étant prépondérante en cas de partage, étaient consignées sur un procès-verbal:

Le Conseil de perfectionnement statuait sur le personnel et les organismes d'enseignement. Il était lui aussi constitué d'un président (le directeur général de la Santé publique en AOF), et des membres qui étaient le directeur général de l'enseignement en AOF ou son représentant, le directeur de l'école et les professeurs titulaires. Le Conseil délibérait sur toutes les matières se rapportant à l'élaboration des programmes, à la distribution de l'enseignement, aux mesures techniques concernant le fonctionnement de l'école. Il choisissait les membres du Conseil de discipline parmi les professeurs titulaires ou les chargés de cours et produisait à chaque fin de séance un procès-verbal sanctionnant les délibérations prises à la majorité des voix, celle du président étant toujours prépondérante en cas de partage.

¹ JOAOF, Arrêté n°3097 A.P. du 18 novembre 1944 promulguant en AOF le décret du 11 août 1944, p. 812.

Chapitre 2

Recrutement, formation et revendications des élèves sages-femmes africaines

Le recrutement des élèves sages-femmes africaines défini par l'arrêté du 14 août 1944, couvrait une aire géographique plus vaste que celle des sages-femmes auxiliaires. Il se faisait dans le cadre de l'Empire français et, en 1946, l'AMI devint l'Assistance médicale africaine (AMA). Leur formation était plus rigoureuse avec l'introduction, à partir de 1952, des stages médico-sociaux suite à la naissance de la pédiatrie en AOF. Ainsi, assistait-on à l'élargissement du rôle des sages-femmes qui s'orientait vers une médecine médico-sociale. Mais, à l'EAMP, les élèves étaient souvent confrontés à des problèmes et ils n'hésitaient pas à poser des revendications. C'est la naissance des premières formes de contestation des élèves sages-femmes.

A - Recrutement

Le nombre des élèves à admettre chaque année à l'EAMP de Dakar était fixé pour colonie ou groupe de colonies, par arrêté du Commissaire aux colonies. Pour être recrutées, les candidates devaient subir un concours qui était ouvert dans tous les chefs-lieux des colonies et groupes de colonies au mois de juillet. Elles étaient choisies parmi les élèves titulaires du certificat d'études et âgées de 18 ans au moins et de 25 au plus. Ces candidates devaient aussi adresser une demande manuscrite au Gouverneur de la colonie, produire un certificat de bonne vie et mœurs ou un certificat de bonne conduite, fournir un certificat médical délivré par un médecin européen constatant qu'elles sont saines, robustes et bien constituées. Elles devaient aussi souscrire l'engagement de servir pendant une période de dix ans au moins, dans les cadres de l'AMI, à compter de la date de nomination dans le cadre. Cet engagement devait être signé par l'intéressée, son père, tuteur ou répondant coutumier. En cas d'exclusion de l'école en dehors du licenciement pour raison de santé, une clause spécifiait que l'intéressée ou ses répondants étaient appelés à reverser tout ou partie des frais d'études et d'internat.

Les épreuves du concours d'entrée étaient restées les mêmes que pour les sages-femmes auxiliaires. Elles comprenaient l'orthographe, la composition française, l'arithmétique et l'écriture cursive.

À partir de 1947, les élèves candidates à la section sages-femmes ne passaient plus par l'école de Rufisque, elles sortaient du collège et passaient directement le concours, l'école de Rufisque ne formant plus que les institutrices.

B - Formation

Le programme des études et des stages était donc établi par le Conseil de perfectionnement et soumis à l'approbation du Commissaire aux colonies.

Durant la première année de séjour, les élèves sages-femmes apprenaient le métier d'infirmière. Elles étaient à cet effet réparties par roulement, tantôt dans un service de femmes de l'hôpital indigène, tantôt dans une des consultations de la Polyclinique Roume où elles travaillaient sous la direction et le contrôle d'infirmières européennes chargées spécialement de leur instruction technique. Elles suivaient en outre, des cours et séances pratiques d'anatomie et de physiologie élémentaire, d'hygiène et de puériculture.

Pendant les deux dernières années, les élèves sages-femmes faisaient alternativement leur stage à la maternité, à la consultation des femmes enceintes, à celles de gynécologie et des nourrissons. Il était fréquemment rappelé aux élèves l'importance primordiale du stage hospitalier et chaque professeur y veillait strictement. À la fin de chaque stage, les élèves recevaient des notes d'application qui comptaient pour une large part dans les classements

semestriels. Des examens de malades étaient prévus dans les examens de passage et le coefficient le plus élevé leur était attribué dans l'examen définitif de sortie ¹.

Deux élèves classées premières à l'examen de passage de la deuxième à la troisième année étaient nommées monitrices d'accouchement et recevaient, à ce titre, 200 francs par mois. Les élèves de troisième année assuraient à tour de rôle le service de garde de l'hôpital et de la maternité sous le contrôle du médecin résident et de la sage-femme résidente ².

Le passage des élèves d'une année à l'autre était subordonné à un examen portant sur les matières enseignées. La composition des jurys était fixée par le directeur de l'école. La moyenne exigée pour satisfaire l'examen de passage était de 10/20. En fin de scolarité, les élèves subissaient un examen général de fin d'études, et celles qui avaient réussi obtenaient le diplôme de sage-femme africaine, ce qui entraînait pour la détentrice l'obligation de se conformer à l'engagement souscrit : servir pendant dix ans au moins dans les cadres communs secondaires administratifs du personnel des services de l'AOF, de l'AEF, du Cameroun et du Togo. Leur nomination par arrêté du Commissaire aux colonies tenait compte de l'ordre de classement de sortie de l'école. Elle se faisait au grade du début, c'est-à-dire, à celui de sage-femme africaine de 3^e classe.

À partir de 1952, après le colloque sur l'enfance, organisé à Brazzaville ³, l'enseignement des sages-femmes fut orienté dans le sens de la formation médico-sociale. En effet, lors de cette conférence, la formation des cadres locaux était à l'ordre du jour. Il appartenait au docteur Jean Sénéc, professeur à l'École Préparatoire de Médecine de Dakar, chef du Service de pédiatrie et par ailleurs délégué à cette conférence, de développer en AOF et plus particulièrement à Dakar, la formation d'un personnel spécialisé. Pour ce faire, il comptait sur l'appui de fonds internationaux, en l'occurrence le Centre International de l'Enfance (CIE). En rapport avec l'organisation des services de Protection maternelle et infantile (PMI), le professeur Sénéc jugea que, faute de crédits et de personnel, ce secteur ne pouvait jusqu'à maintenant recevoir son plein développement. Ainsi dans une lettre adressée au Gouverneur général ⁴, il sollicita en substance l'autorisation de faire appel au CIE de Paris pour participer à un enseignement complémentaire en vue de la formation du personnel devant être affecté ultérieurement aux centres de PMI. Étant donné le rôle que jouaient actuellement les sages-femmes en matière de PMI (c'est sur elles en effet que reposaient les consultations prénatales et de nourrissons), le professeur estimait que cet enseignement devait surtout s'adresser à celles-ci : elles constituaient la base de la PMI. C'est en ce sens qu'il disait à l'une d'elles : à quoi ça sert de se former comme vous l'êtes, et bien, quand vous n'êtes même pas capable de suivre l'enfant dans les six premiers mois de sa vie ⁵. C'est le point de départ pour cette sage-femme qui, depuis lors, ne s'activait plus que pour la cause de l'enfant en s'occupant de la pédiatrie au moment où les sages-femmes pensaient que leur place était la maternité et leur rôle les accouchements.

La formation de ce personnel devait se faire à l'École des sages-femmes africaines ouverte en 1953 et dans le Service de la pédiatrie sous forme de stage. Elle était grandement facilitée par la création du Centre de PMI de Dakar à la même année. Ainsi, dès cette année, quelques sages-femmes, au nombre de six, commencèrent un stage de médecine sociale et les crédits nécessaires au Service de pédiatrie de l'hôpital central africain furent améliorés. Il ne s'agissait pas de créer un nouveau cadre, mais de renforcer les capacités et d'en faire un personnel "polyvalent" et de remplacer les infirmières-visiteuses dont le recrutement, d'ailleurs suspendu, ne correspondait pas à la tâche réelle qu'on leur demandait ⁶. C'est la naissance de la pédiatrie sociale en AOF dont l'instigateur principal fut le professeur Jean Sénéc.

¹ ANS, I H 98/ 163, EAMP : De sa création en 1918 à 1947, pp. 42-43.

² *Idem.*, p. 43.

³ ANS, I H 102/ 163, Colloque sur l'Enfance, Brazzaville, du 8 au 13 décembre 1952.

⁴ ANS, I H 102/ 163, Lettre n°1582, du Gouverneur général à Monsieur le Ministre de la FOM, le 19 février 1953.

⁵ Marie Touré Ngom, entretien du 16 juin 2002, à Reubeus, 16 Rue Mangin X Reims.

⁶ ANS, I H 102/ 163, Lettre n°1582, *op. cit.*

Durant les premières années, chaque stage avait ses propres particularités. Pour celui de 1954, répondant aux conclusions du Comité d'Expert sur l'enseignement des sages-femmes, réuni à La Haye du 2 au 10 août 1954¹, il était dispensé des connaissances relatives à l'hygiène, la puériculture et la médecine préventive et sociale nécessaires pour assurer le fonctionnement des diverses consultations. Il était aussi question de les faire participer à l'organisation des différents services de la PMI afin qu'elles soient aptes à créer et animer des services semblables dans les différents territoires². Ce dernier point constituait une nouveauté dans la formation des sages-femmes. Il fallait faire d'elles des éducatrices car elles étaient en contact permanent avec les mères qui venaient vers elles avec confiance. Pour le stage de 1954, il y avait huit stagiaires dont six étaient affectées dans les services de PMI³.

Mais l'action de Jean Sénécal n'était pas exempte de critiques. Déjà en 1953, le médecin général inspecteur Jean Solle, directeur du Service de santé de la FOM, pensait qu'il présente le complexe du "nouvel arrivant" et qu'il ignore les incidences des nombreuses questions auxquelles il touchait. Pour lui, "il est incohérent de vouloir utiliser les sages-femmes à un métier d'assistantes sociales dont l'instruction technique est bien moins poussée". Il estime que les sages-femmes, devant uniquement être utilisées dans leur spécialisation, collaboraient déjà à la formation éducative des populations⁴. Il était en outre constaté que "les sages-femmes regagnant, leurs territoires après avoir suivi le cours complémentaire, pouvaient difficilement réaliser le programme de la PMI". N'ayant pas l'autorité nécessaire et, non dirigées, elles perdaient rapidement le bénéfice de l'enseignement supplémentaire qui leur avait été dispensé⁵.

Le dynamisme changeant d'une sage-femme à l'autre, et compte tenu de ces critiques, en 1955, sur dix-sept stagiaires, cinq étaient affectées dans les services de PMI pour mettre en application les notions reçues au cours du stage. Les autorités du Service de santé s'efforçaient en plus de rester en rapport avec elles et de connaître toutes les difficultés auxquelles elles se heurtaient : manque de matériel, de fiches, etc. Ce contact avec les anciennes stagiaires ainsi que des lettres qu'elles recevaient d'elles, montrent qu'elles avaient parfaitement compris ce qu'on attendait d'elles, qu'elles étaient capables de répondre aux attentes fixées ; ce qui était tout à fait encourageant et poussait à continuer cette formation⁶.

Ainsi, dès 1956, le programme du cours était inclus dans le programme normal de troisième année des élèves sages-femmes. Elles accomplissaient toutes des stages dans les différents services de la PMI. Pour cette année aussi, les stagiaires étaient totalement différentes de celles des années précédentes. En 1954 et 1955, il y avait un grand nombre de jeunes sages-femmes sortant directement de l'école, possédant une excellente formation théorique, mais ne connaissant rien du travail pratique dans les petits centres de brousse et ignorant les problèmes humains qui allaient se poser à elles dès les premiers jours. Au contraire, pour l'année 1956, les stagiaires, dont le nombre avait diminué (14), avaient toutes de nombreuses années de service. La plupart d'entre-elles dirigeaient les services de maternités où elles avaient été affectées. Ce personnel avait de grandes responsabilités dans leur service, une grande influence sur leur entourage et avait sous ses ordres des infirmiers, des jeunes sages-femmes, du personnel spécialisé ou non. Ayant quitté l'école depuis très longtemps (quinze ou vingt ans), elles avaient manifesté un intérêt très vif pour les cours qui leur ont été dispensés et s'étaient très facilement adaptées dans les différents services. La particularité du programme de 1956 était aussi qu'une grande place était donnée aux cours médico-sociaux et aux leçons et

¹ ANS, 1 H 103/ 163, C. Faget (assistante sociale), Rapport sur le cours médico-social organisé à l'intention des sages-femmes à Dakar avec l'aide du CIE sous l'autorité du professeur Sénécal, n° 117, Dakar, le 1^{er} octobre 1956, p. 1.

² V. infra et annexe, exemple de Marie Touré Ngom.

³ ANS, 1 H 103/ 163, Rapport de C. Faget (assistante sociale), *op. cit.*, p. 2.

⁴ ANS, 1 H 102/ 163, Lettre n°461- DSS / 4, Le Médecin général inspecteur Jean Solle, Directeur du Service de santé de la FOM, à Monsieur le Directeur général de la Santé publique en AOF, Paris, le 16 janvier 1953.

⁵ ANS, 1 H 103/ 163, Organisation de la Protection Maternelle et Infantile dans les territoires et ses rapports avec les caisses d'Allocation Familiale, le 27 décembre 1955, p. 2.

⁶ ANS, 1 H 103/ 163, Rapport de C. Faget (assistante sociale), *op. cit.*, p. 2.

démonstrations pratiques, ce qui présentait un intérêt nouveau pour les stagiaires uniquement orientées jusqu'à ce jour vers la maternité et l'accouchement. Les cours étaient complétés par des études sur la mise en pratique en AOF des lois sociales : code du travail, allocations familiales, ce qui les intéressait particulièrement pour le fonctionnement des services d'Allocations familiales.

Ainsi, dorénavant, la vieille conception de la sage-femme simple accoucheuse était en train de disparaître. Ayant acquis de l'autorité, de la compétence, de l'initiative, elle pouvait être à la fois l'organisatrice des services de PMI et de la maternité et l'éducatrice de la mère africaine. Mais il fallait veiller à ce que la routine ne les pousse pas à abandonner les nouvelles notions acquises. Pour ce faire, il avait été nécessaire de mettre au point un "journal professionnel", qui apportait des échos sur ce qui se faisait ailleurs, les reliait au monde extérieur et les faisait participer à l'effort mondial accompli dans ce domaine.

Les stages étaient organisés de façon à ce que chaque sage-femme puisse faire un mois effectif dans les différents services ¹. Le stage auprès des enfants malades lui permettait de mettre en pratique les notions reçues dans les cours de pathologie médicale et de puériculture. Si à la consultation des enfants malades du centre de PMI, la sage-femme faisait des travaux de dépistage, donnait des soins urgents ou peu importants (traitements externes, soins, etc.), à l'hôpital par contre, elle était en contact avec les nourrissons débiles ou gravement atteints par les maladies comme la toxicose, le kwashiorkor, la tuberculose, etc., qui étaient fréquentes.

Avec le stage en consultations prénatales, on cherchait à montrer à la sage-femme une consultation organisée et fonctionnant d'une façon rationnelle. Elle s'exerçait à la tenue des fiches prénatales qu'avait chaque femme et à la pratique non seulement d'un simple examen gynécologique, mais aussi de tous les examens complémentaires (urines, prises de sang "avec recherche de la syphilis", radioscopie, taux d'hémoglobine, etc.). Ainsi elle se familiarisait avec la tenue du carnet de santé qui était le véritable lien entre la consultation et la patiente et ensuite la consultation de nourrissons.

Le stage aux consultations de nourrissons prenait un essor beaucoup plus grand depuis l'application des allocations familiales en AOF puisque les visites étaient rendues obligatoires. Ici, il fallait que la sage-femme comprenne qu'il ne s'agit pas seulement de peser et mesurer l'enfant, mais qu'il fallait savoir guider la mère, pour qu'elle donne à son enfant les soins nécessaires, lui procurer une meilleure hygiène et qu'elle sache conduire son alimentation. De cette consultation, les enfants pouvaient être dirigés vers le médecin, le service des vaccinations, le centre social ou la "Goutte de lait".

Les services des vaccinations étaient logés soit à la maternité, soit au centre de PMI (vaccination anti-variolique et BCG). La sage-femme apprenait à pratiquer les vaccinations afin d'en faire bénéficier les enfants de son entourage. À la fin du stage, elle était capable de faire correctement le BCG par scarification, méthode de vaccination officielle contre la tuberculose en AOF.

Le stage à la biberonnerie et à la "Goutte de lait" complétait l'enseignement relatif à l'alimentation du jeune enfant. C'est du travail, essentiellement pratique, que la sage-femme faisait, apprenant ainsi les régimes adaptés à chaque enfant, les qualités de lait, les bouillies prescrites, les aliments complémentaires utilisables dans le pays.

Au service médico-social de la PMI, elle remplissait des tâches différentes dont la consultation d'enfants malades, les enquêtes demandées par les médecins, le suivi à domicile de certains malades convalescents, la surveillance des fréquentations des consultations spécialisées (anciens kwashiorkor, tuberculeux, syphilitiques, etc.) et l'éducation des mères qui restait la tâche la plus importante du service social. Cette éducation se faisait dans chacun des services de PMI. Les femmes étaient réunies et après des causeries en langue ouolof, mettaient en pratique les notions nouvelles. C'est ainsi que fonctionnait une véritable école des mères qui s'occupait

¹ ANS, *idem*.

plus particulièrement de l'alimentation et de l'hygiène de l'enfant. Chaque mère préparait elle-même le repas de son enfant et apprenait à en équilibrer les éléments. Cette éducation se poursuivait à domicile avec les visites de la sage-femme pour se rendre compte de la mise en pratique des conseils reçus au centre de PMI.

Cette formation médico-sociale des sages-femmes était facilitée par le développement à Dakar des infrastructures comme les lycées, la faculté de Médecine ainsi que les nombreuses formations sanitaires. Ainsi, en 1953, la Polyclinique Roume, qui était une structure annexe de l'hôpital central africain, devenait un organisme administrativement autonome et prenait le nom d'Institut d'hygiène sociale de Dakar ¹. Cette polyclinique, créée depuis 1934, occupait de par sa situation au cœur de la Médina, une place de choix qui lui permettait de prendre en charge directement la population africaine avec le dépistage et le traitement des maladies externes. Elle était aussi un centre d'enseignement pour les élèves stagiaires de l'École de Médecine ². Un autre exemple est le Service de pédiatrie de l'hôpital central africain créé en 1956. Une salle de cours y avait été aménagée avec des appareils de projection permettant de s'y installer pour les cours et les répétitions.

C - Revendications des élèves sages-femmes africaines

L'article 4 de l'arrêté du 14 août 1944 déterminait les attributions de Conseil d'administration de l'EAMP. Parmi elles, il y avait l'adoption du budget préparé par le directeur de l'école, l'examen des revendications des élèves se rapportant à leur statut, aux allocations d'études, aux vacances scolaires, à l'hébergement et à l'alimentation.

Dans une note du 21 janvier 1949 adressée au Haut Commissaire, Gouverneur général de l'AOF, les élèves de l'EAMP réagissaient contre un arrêté du 4 janvier 1949 qui les reclassait en même temps que tous les élèves des écoles fédérales de l'AOF. D'après les dispositions de cet arrêté, les élèves de l'EAMP se sentaient "désavantagés" par rapport aux autres élèves des écoles fédérales qui ne justifiaient pas encore des mêmes titres qu'eux et "déclassés" par rapport à leurs camarades recevant dans la métropole un enseignement supérieur et, aussi, par rapport aux autres agents des cadres secondaires qui justifiaient exactement des mêmes titres qu'eux. Ainsi, ils manifestaient le désir d'être traités sur un pied d'égalité que leurs camarades tout en tenant compte de la particularité de leurs études ³. Mais, ce vœu rencontrait le veto du médecin général Peltier (et par là du Grand Conseil) qui, tout en reconnaissant qu'ils rendaient des services tout en poursuivant leurs études, avançait qu'ils n'étaient pas encore des fonctionnaires en aucune manière. Si les élèves sortant de l'EAMP bénéficiaient d'une situation largement supérieure à celle des instituteurs (classement en deuxième catégorie en ce qui concerne les déplacements notamment), il était logique que cet avantage obtenu à l'issue de leurs études, fût retardé jusqu'à leur entrée dans la vie professionnelle. Ainsi, ils rendraient à la collectivité des services faisant équilibre aux sacrifices pécuniaires consentis en leur permettant de poursuivre les études dans d'excellentes conditions et sans bourse délier ⁴. Sur l'assimilation à l'enseignement supérieur, il estimait que selon l'arrêté n° 5939.I.P. du 28 décembre 1948, la possession du baccalauréat était la condition *sine qua non* du classement dans l'enseignement supérieur. Tout au moins, il reconnaissait que l'enseignement donné à l'EAMP était technique et relevait de ce fait classé de l'enseignement du second degré. Eu égard à son caractère particulier, le médecin général Peltier demandait qu'une situation intermédiaire soit faite et sanctionnée par un texte ministériel ⁵.

¹ ANS, 1 H 103/ 163, Centre de PMI — Polyclinique Roume, 1952-1953, arrêté n° 5553 / SP-AD du Gouverneur général de l'AOF, Haut Conseil de la République, Dakar, le 27 juillet 1953.

² ANS, 1 H 57/ 163, La Polyclinique Roume, novembre 1950, pp. 1-2.

³ ANS, 1 H 99/ 163, Les élèves de l'EAMP à Mr le Haut Commissaire, Gouverneur général de l'AOF, Dakar, le 21 janvier 1949.

⁴ ANS, 1 H 99/ 163, Lettre n°51 / 4-SP. du médecin général inspecteur Peltier à Mr le médecin-colonel, directeur de l'EAMP, Dakar, le 1^{er} février 1949.

⁵ *Idem*.

Dans les années 50, les revendications, d'ordre pécuniaire, étaient relatives à l'augmentation des allocations mensuelles et des indemnités de vacances. Elles avaient été posées dans une lettre adressée au Conseil d'administration de l'école en date du 26 avril 1952. Une solution fut trouvée et satisfaction fut donnée aux élèves. L'allocation mensuelle fut portée de 250 F à 400 F, une prime de rendement de 2 000 F par mois, non cumulable avec l'allocation mensuelle, fut attribuée aux élèves sortantes qui, pendant les vacances, assuraient un service hospitalier¹. On accorda un pécule équivalant à 30 journées d'alimentation aux élèves sortantes pour leur permettre de subvenir à leurs besoins, en attendant leur affectation. En outre, un remaniement du budget de l'école fut opéré pour la satisfaction de ces revendications

En ce qui concerne les demandes relatives au bien-être non satisfaites (v. tableau 9), le Grand Conseil soulignait que dans une période de difficultés budgétaires (...), il n'était pas permis à une administration soucieuse de la défense des intérêts de la collectivité, de laisser s'instaurer des méthodes conduisant au gaspillage. L'énumération des articles distribués aux élèves en 18 mois au titre de trousseau, montre que ceux-ci étaient largement pourvus. Il n'était pas permis à la direction de l'école d'assurer l'entretien des vêtements personnels des élèves, ceux qui leur étaient remis gratuitement étant largement suffisants pour qu'elles soient vêtues correctement. L'examen des dépenses de 1952 montrait que l'entretien de chaque élève s'est élevé à 120 000 F environ, se décomposant ainsi : nourriture et logement (72 000 F), habillement (25 000 F) et divers (23 000 F)².

Tableau 9 : Réclamations des élèves sages-femmes africaines

Demandes	Suite donnée
1 - Augmentation du tissu donné à chaque élève sage-femme	5 mètres de percale supplémentaires étaient attribués à chaque élève
2 - Une machine à coudre pour chaque promotion	accordée
3 - Cinéma	aucune trace au P.V.
4 - Fourniture d'une trousse à chaque sage-femme sortante	demande sans objet, déjà attribuée
5 - Augmentation du savon distribué	accordée, 2 kgs au lieu d'un
6 - Augmentation du nombre de fers à repasser	accordée
7 - Augmentation du charbon	accordée
8 - Fourniture d'un foulard	accordée
9 - Remplacement de la percale pour blouse par du drill léger	accordée
10 - Fourniture d'un costume tailleur	refusée, régime de 2 mois
11 - Congé de 4 mois	refusée, maintien du régime de 2 mois

Source : *ANS*, 1 H 99/ 163, pp. 2-3.

Le problème relatif au régime des vacances aussi avait été posé. En effet, durant la Seconde Guerre mondiale, la pénurie des moyens de transport avait amené le Gouvernement à réduire les vacances au minimum (deux mois). Cela permettait en même temps de maintenir à Dakar certaines élèves pour combler le manque de personnel dans les services hospitaliers. C'est ainsi que, durant les quatre années, les élèves, à la fois médecins, pharmaciens et sages-femmes, parlaient en vacances une seule fois, à la fin de la deuxième année. La situation créée par la guerre ayant disparu avec celle-ci, les élèves souhaitaient que le régime normal des

¹ *JOAOF*, Arrêté n°4510-F, du 2 août 1952 rendant exécutoire les délibérations du Grand Conseil de l'AOF en date du 19 juin 1952, p. 1064.

² *ANS*, 1 H 99/163, Réclamations des élèves au Grand Conseil; rapport n°510 / SP-AD du Gouverneur général au Président de la Commission permanente au Grand Conseil de l'AOf, Dakar, le 20 février 1953.

vacances scolaires fût rétabli ¹. D'après le tableau ci-dessus, les vacances étaient maintenues à deux mois.

L'alimentation a été également source d'incidents entre élèves sages-femmes africaines et serveurs. Celles-ci dénonçaient le fait que la viande " n'était pas de qualité convenable " ². En fait elles n'aimaient pas la viande saignante qui, bien cuite est souvent dure, disait Madame Besse, surveillante du service. Les autorités ne tenaient nullement compte des réclamations des élèves qu'elles jugeaient d'ailleurs " nombreuses et le plus souvent injustifiées ". Ainsi, cette affaire avait été traitée " officieusement ", sans en référer au Commandant d'administration, gestionnaire de l'hôpital central africain qui fournissait denrées et cuisinier. Le médecin-colonel Sohier, alors directeur de l'EAMP, pensait qu'il fallait maintenir le *statu quo* puisque la proposition du gestionnaire " ne changerait rien ni aux menus journaliers, ni à la qualité, quantité ou variété des aliments qui sont à la base d'une variante dans l'alimentation ". Pour les besoins d'une économie budgétaire, les autorités ne se souciaient guère de l'alimentation des élèves pour pouvoir faire la différence entre " une nourriture destinée à des personnes vivant à un régime alimentaire " normal et celles établies " pour des malades automatiquement passagers " ³.

Elles rencontraient souvent des problèmes d'hébergement. Par exemple, en 1946 un effectif de 30 élèves avait été admis en première année de la section de sages-femmes portant à 85 (30 et 25 en deuxième et troisième année) le nombre total des élèves sages-femmes. Cet effectif se trouvait encore augmenté par l'admission d'infirmières-visiteuses pour une troisième année d'études d'obstétrique. Il fallait donc les loger toutes et, en plus, il fallait aussi loger les sages-femmes en stage de principalat alors qu'il se posait une pénurie des moyens d'hébergement. Cette situation avait créé cette année un problème " d'entassement ", ce qui était souvent fréquent.

Chapitre 3

Cadre et place hiérarchique des sages-femmes africaines

À partir de 1944, le titre de sage-femme auxiliaire céda la place à celui de sage-femme africaine. Ce changement du qualificatif "auxiliaire" par "africaine" avait entraîné également une certaine valorisation du corps. L'élargissement géographique du recrutement des élèves entraînait pour les sages-femmes appartenant au cadre des médecins, pharmaciens et sages-femmes africains, l'obligation de servir dans n'importe quelle colonie de l'Empire français.

Les sages-femmes ne constituaient pas un corps autonome, elles appartenaient à un système hiérarchisé où les Européens détenaient les leviers de commande. Elles travaillaient sous la direction des médecins, africains ou européens. Mais elles avaient sous leurs ordres les personnels infirmiers, infirmières-visiteuses, aides de santé, filles de salles, etc., et

¹ ANS, 1 H 99/163, Voeu proposé au Grand Conseil par les Grands conseillers Oumar Bâ et Tidiane Traoré, juin 1949.

² ANS, 1 H 99/163, Le Commandant d'administration, gestionnaire de l'hôpital central africain à Monsieur le Médecin-colonel, Directeur général de la Santé publique; Dakar, le 15 avril 1952.

³ ANS, 1 H 99/163, Au sujet de l'alimentation des élèves sages-femmes, le Médecin-colonel Sohier, Directeur de l'EAMP à Mr. le Médecin-colonel, Directeur général de la Santé publique; Dakar, le 3 mai 1952.

³ *Idem*.

participaient même à la formation des médecins qu'elles initiaient aux accouchements lors de leur stage en maternité.

A - Organisation du cadre

L'arrêté du 14 août 1944¹ organisait le cadre commun secondaire des médecins, pharmaciens et sages-femmes africains de l'AOF. Les élèves sortantes y étaient nommées par arrêté du Commissaire aux Colonies dans l'ordre de classement de sortie au grade du début. Elles étaient appelées en principe à servir dans leurs colonies d'origine, mais, pouvaient suivre les nécessités du service et l'ordre de classement², être affectées en n'importe quel point des colonies du groupe. Les sages-femmes auxiliaires étaient reclassées dans le nouveau cadre des médecins, pharmaciens et sages-femmes africains et pouvaient conserver le bénéfice de leur grade et de leur ancienneté dans le grade (article 16 de l'arrêté du 11 août 1944).

1. Le système d'avancement

L'avancement en grade et classe avait lieu exclusivement au choix et ne pouvait être accordé qu'aux sages-femmes africaines figurant sur un tableau établi par une commission spéciale de classement siégeant au commissariat aux colonies. Celle-ci composée d'un président qui était le directeur du service de santé colonial, et de membres comme le directeur du personnel au commissariat aux colonies ou son représentant, un inspecteur des colonies, un médecin de troupes coloniales ou un médecin de l'AMI, et deux agents du cadre, choisis parmi les plus gradés. L'inscription au tableau d'avancement était faite sur proposition du Gouverneur général de la colonie, mais surtout il fallait une ancienneté minimum de deux ans pour les promotions aux grades de sages-femmes africaines de deuxième et de première classe et de trois ans pour les promotions aux différentes classes de sages-femmes africaines principales (v. tableau suivant).

Tableau 10 : Hiérarchie et solde des sages-femmes africaines

Hiérarchie	Solde	Péréquation	Catégorie
Sage-femme africaine principale :			
de 1 ^{ère} classe	40 000 F	35 %	2 ^e
de 2 ^e classe	37 000 F	35 %	2 ^e
de 4 ^e classe	31 000 F	35 %	2 ^e
Sage-femme africaine :			
de 1 ^{ère} classe	28 000 F	65 %	3 ^e
de 2 ^e classe	26 000 F	65 %	3 ^e
de 3 ^e classe	24 000 F	65 %	3 ^e

Source : JOAOF, 1944, p. 813.

Le passage du grade de sage-femme africaine de première classe au grade de sage-femme africaine principale était soumis à des conditions. En effet, les candidates étaient tenues d'accomplir, après l'expiration de la deuxième année de service effectif dans la première classe, un stage préparatoire de trois mois à l'hôpital, sous la direction effective d'un médecin européen. À l'issue de ce stage, les candidates subissaient la première partie d'un examen d'aptitude comportant des épreuves écrites et celles ayant réussi étaient dirigées sur l'hôpital.

¹ JOAOF, Arrêté n°3097 A.P. du 18 novembre 1944 promulguant en AOF l'arrêté du 14 août 1944, p. 812.

² Madame Anna Guèye : "les conditions de mon affectation en Guinée étaient liées à l'examen de sortie ; les premières restaient à Dakar, un second groupe allait en Guinée et le reste au Dohomey, en Côte d'Ivoire, etc." Entretien du 20 septembre 2001 à Sicap Baobab.

central indigène pour un stage de perfectionnement de trois mois. Ce n'est qu'après ce stage que la deuxième partie de l'examen d'aptitude comportant des épreuves orales, des épreuves cliniques, des épreuves pratiques et de laboratoires devait être subies par les candidates. Celles ayant réussi aux examens et stages recevaient un certificat d'aptitude qui était versé à leur dossier.

En définitive, ce sont là, les quatre étapes indispensables pour aspirer au grade de sage-femme africaine principale de quatrième classe afin de pouvoir jouir des traitements que confère cette classe.

À partir de 1953, les candidates au principalat devaient justifier d'un certificat de visite et de contre-visite attestant qu'elles ne se trouvent pas en état de grossesse de plus de quatre mois ¹.

En 1957, des changements s'opéraient au niveau de la dénomination et de la hiérarchisation du cadre. Cela faisait suite à la grève des professionnels de santé qui revendiquaient un statut meilleur et une augmentation des soldes. Du cadre commun secondaire défini par l'arrêté du 11 août 1944, on passa au cadre général des médecins, pharmaciens et sages-femmes africains ². Concernant la hiérarchie, le cadre des sages-femmes africaines se subdivisait en deux grades ; un grade principal comportant trois échelons et un grade ordinaire subdivisé en deux classes de trois échelons comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 11 : Comparaison entre l'ancienne et la nouvelle hiérarchie des sages-femmes africaines en 1957

Ancienne hiérarchie	Nouvelle hiérarchie
Sage-femme africaine principale de :	
1 ^{ère} classe	Principale 3 ^e échelon
2 ^e classe	Principale 3 ^e échelon
3 ^e classe	Principale 2 ^e échelon
4 ^e classe	Principale 1 ^{er} échelon
Sage-femme africaine de 1 ^{ère} classe :	
Ancienneté supérieure à 4 ans	1 ^{ère} classe 3 ^e échelon
Ancienneté supérieure à 2 ans	1 ^{ère} classe 2 ^e échelon
Ancienneté inférieure à 2 ans	1 ^{ère} classe 1 ^{er} échelon
Sage-femme africaine de 2 ^e classe :	
Ancienneté supérieure à 2 ans	2 ^e classe 3 ^e échelon
Ancienneté inférieure à 2 ans	2 ^e classe 2 ^e échelon
Sage-femme africaine de 3 ^e classe	2 ^e classe 1 ^{er} échelon

Source : JOAOF, 1957, p. 1046.

La durée du temps normal passé dans chaque échelon était de deux ans, ce qui fait qu'il fallait une ancienneté de douze ans pour accéder au grade de sage-femme principale de 1^{er} échelon.

2. Solde et indemnités

D'après le décret du 11 août 1944 définissant les soldes des sages-femmes africaines, celles de 3^e classe, percevaient 24 000 F par mois. Le titre de sage-femme africaine principale

¹ JOAOF, Arrêté n°5048 S.P. du Haut Commissaire de la République, le 18 juillet 1953, p. 1110.

² JOAOF, Arrêté n°4685 S.ET. du 13 mai 1957 promulguant en AOF le décret n°57-539 du 25 avril 1957 portant règlement d'administration publique et modifiant le décret du 11 août 1944, relatif au statut particulier du personnel des médecins, pharmaciens et sages-femmes africains, pp. 1046-1046.

de 1^{ère} classe donnait droit à une solde de 40 000 F (v. tableau 10). En 1946, en sus de la rémunération principale, le personnel de santé percevait des indemnités diverses qu'étaient la majoration coloniale, l'indemnité de zone et l'indemnité de charge de famille ¹. Les médecins et les pharmaciens étaient assimilés pour l'attribution de ces allocations aux fonctionnaires des cadres généraux des colonies. Quant aux sages-femmes africaines, elles percevaient l'indemnité de zone et l'indemnité pour charge de famille dans ces mêmes conditions, mais pour la majoration coloniale, elles recevaient celle prévue pour les agents autochtones servant dans les cadres locaux européens. Toutefois, les allocations familiales ne leur étaient attribuées que dans la limite de six enfants.

Bien qu'il fût reconnu lors de la Conférence de Brazzaville que "les indigènes ne sont pas interchangeables, ni sujets à éviction, ni corvéables à merci" ², ils étaient restés encore confinés dans des rôles "d'agents d'exécution". Le principe "d'égalité des titres" entre fonctionnaires africains et européens ne se confondait pas avec celui de "à compétence égale, une rémunération égale", alors qu'il a été question à Brazzaville de "l'amélioration des conditions matérielle et sociale" des collaborateurs africains.

Ainsi, devant un désir de mieux-être, les professionnels de la santé, en l'occurrence médecins, pharmaciens, vétérinaires et sages-femmes africains, se voyaient "discriminés" par rapport à leurs collègues européens, comme c'était le cas des élèves de l'EAMP (v. supra). Cette discrimination existait également entre les personnels européens et africains chargés de conférence ou d'exercices pratiques. L'inégalité des traitements était manifeste ; par exemple en 1942, pour les sages-femmes auxiliaires du cadre commun secondaire, l'heure était fixée à 250 F jusqu'à concurrence d'un maximum mensuel de 350 F, alors que pour les sages-femmes du cadre général, l'heure était fixée entre 400 F et 500 F ³.

En 1956, ils réagissaient contre cet état de fait en s'engageant dans une lutte syndicale contre les autorités. Dans une résolution datée du 11 septembre 1956, l'Intersyndicat du Service de Santé et de l'Élevage (ISSL) de la Délégation de Dakar constatait avec regret qu'aucune suite favorable n'avait été donnée à ses justes et légitimes revendications déposées le 24 mars 1956 et que depuis 1946, la grille indiciaire des médecins, pharmaciens, vétérinaires et sages-femmes n'avait connu aucune amélioration malgré les multiples remaniements effectués dans tous les cadres de la fonction publique. Ainsi, ils déploraient la discrimination manifeste entre deux catégories de personnels possédant le même diplôme et le refus systématique de l'Administration de ne pas vouloir donner une solution satisfaisante à leurs revendications. Celles-ci s'articulaient entre autres autour du réajustement des grilles indiciaires, l'attribution d'une indemnité de risque professionnel, le paiement de la totalité des heures normales dans toutes les formations sanitaires, le relèvement des taux des heures supplémentaires et le paiement total des heures effectuées ⁴. L'Intersyndicat décida ainsi de déclencher une grève de 72 heures si satisfaction n'est pas donnée à ses revendications.

Cette période correspondait à un bouillonnement politique et social, suscité par l'après-Deuxième Guerre et l'aspiration à l'indépendance, favorable aux revendications syndicales. De plus, depuis 1937, la loi française sur la liberté syndicale fut étendue aux colonies et en 1952, le code du travail assura un traitement égal aux syndicats des Territoires d'Outre-mer (TOM) ⁵. Ainsi, le bureau central de la Confédération générale des Travailleurs africains (CGTA) avait approuvé cette idée d'aller en grève, bien qu'ayant pleinement conscience d'une telle décision et rejetait la responsabilité sur les services compétents du Ministère de la FOM. Dans une lettre du 28 septembre 1956, Sékou Touré, député de la Guinée Française, reconnaissait la légitimité des revendications de ces fonctionnaires qui incarnaient au plus haut degré la conscience

¹ JOAOF, Décret n°46-819 du 25 avril 1946 modifiant celui du 11 août 1944 organisant le cadre des médecins, pharmaciens et sages-femmes africains de l'AOF, pp. 728-729.

² R. M Lemesle, *op.cit.*, p. 45.

³ ANS, I H 98/ 163, Arrêté n°2893 fixant les indemnités allouées au personnel chargé d'un enseignement théorique ou pratique à l'École de Médecine, le 20 août 1942.

⁴ ANS, I H 130/ 163, Résolution du 11 septembre 1956.

⁵ Gerti Hessclng, *Histoire politique du Sénégal : Institution, droit et société*, Karthala, 1985, p. 320.

professionnelle et l'esprit de sacrifice : le fait d'introduire leurs revendications et d'accepter d'attendre plusieurs années avant de décider de passer à l'action constitue une preuve évidente de leur bonne foi ¹.

Malgré toutes ces sommations et interventions, "l'indifférence administrative" persistait et la grève fut observée sur l'ensemble des territoires de l'AOF et de l'AEF pour les journées du 8, 9 et 10 octobre 1956. Au Sénégal, les représentants du Syndicat des médecins, vétérinaires, pharmaciens et sages-femmes africains (SYMEVETOPHARSA) n'étaient pas en reste pendant ces trois journées de grève ².

Mais, ce n'est qu'en 1957 qu'un arrêté portant modification de l'échelonnement indiciaire ³ de ces professionnels fut promulgué en AOF. En ce qui concerne les sages-femmes, la situation se présentait comme suit :

Tableau 12 : Échelonnement indiciaire des sages-femmes africaines en 1957

Grades, classes, échelons	Indices bruts	Indices nets anciens
Sage-femme africaine principale :		
3 ^e échelon	330	270
2 ^e échelon	330	250
1 ^{er} échelon	280	235
Sage-femme africaine de 1 ^{ère} classe :		
3 ^e échelon	255	220
2 ^e échelon	235	205
1 ^{er} échelon	225	195
Sage-femme africaine de 2 ^e classe :		
3 ^e échelon	205	180
2 ^e échelon	185	165
1 ^{er} échelon	165	150

Source : JOAOF, 1957, p. 1044.

Ce tableau montre que l'augmentation des indices bruts était insignifiante.

B - Les conditions de travail des sages-femmes africaines

1. La discipline

Comme les sages-femmes auxiliaires, les sages-femmes africaines étaient aussi soumises à la discipline. Et pour le respect des malades, elles ne portaient pas "de boucles-d'oreilles, de chaîne, des chaussures à hauts talons à la maternité ; sauf une montre pour

¹ ANS, 1 H 30/ 163, Correspondance de Sékou Touré, Député de la Guinée Française à Monsieur Gaston Defferre Ministre de la FOM, le 28 sept. 1956.

² Cette grève fut la première à laquelle participaient les sages-femmes. D'après les rapports, ces trois journées ne paralysaient pas totalement le système bien que dans l'ensemble les concernés avaient respecté le mot d'ordre. Il y avait en effet la présence du personnel du cadre général, du personnel militaire et certains infirmiers. En plus les représentants syndicaux du SYMEVETOPHARSA s'étaient engagés à assurer des services d'urgence : dans chaque poste où il y avait une seule sage-femme africaine, elle devait assurer les accouchements et les soins aux accouchées, dans les postes dotés de plusieurs sages-femmes, l'une d'entre elles devait assurer les soins et les accouchements. Ces engagements ont été respectés sauf à Dagana où la sage-femme prétendant n'avoir reçu aucune instruction de son syndicat, avait refusé d'effectuer les accouchements. Cf. 1 H 130/ 163, Rapport sur les grèves des 8, 9 et 10 oct. 1956 du Gouverneur du Sénégal à Monsieur le Haut Commissaire de la République en AOF.

³ JOAOF, Arrêté n°4682 S. ET. du 13 mai 1957 promulguant en AOF l'arrêté interministériel portant modification de l'échelonnement indiciaire des personnels des vétérinaires africains, des médecins, pharmaciens et sages-femmes africains, p. 1044.

surveiller les pulsations des malades " ¹. Elles devaient aussi couper leurs ongles ². En 1947, au sujet de leurs attributions professionnelles, le médecin général Guillaume, Directeur local de la Santé publique, leur rappelait qu'elles étaient placées sous l'autorité des médecins-chefs, qu'il ne leur était pas permis, d'après les lois en vigueur, de faire un accouchement laborieux sans être assistées par un médecin (diplômé d'État ou africain), ni d'employer des instruments (forceps etc.) ni d'ordonner des médicaments autres que ceux fixés par décrets. Tout acte médical engageait leur responsabilité et pouvait être sanctionné administrativement et même judiciairement en cas de faute grave ³.

2. Les rapports hiérarchiques entre les sages-femmes et les autres corps du personnel médical

Pour que les bienfaits de l'activité médicale d'assistance aux indigènes soient répandus parmi les populations des centres urbains aussi bien que parmi celles des campagnes, les plus grandes facilités étaient accordées aux médecins, aux sages-femmes, aux infirmiers et infirmières, etc. Le respect de l'organisation administrative et des rapports hiérarchiques était d'une importance capitale pour faciliter l'exécution des services. Ainsi chaque catégorie du personnel du Service de santé avait ses prérogatives particulières.

Conformément à l'arrêté du Gouverneur général de l'AOF en date du premier juin 1912, le personnel de l'Assistance médicale dans chaque colonie du groupe était placé sous l'autorité directe du chef du Service de santé. Pour toutes les questions d'ordre administratif, il relevait, comme tout le personnel des cercles, de l'autorité du lieutenant-gouverneur de la colonie et du commandant du cercle intéressé.

Les médecins du cadre de l'Assistance (contractuels, militaires hors cadres et de cadres, hygiénistes adjoints) avaient sous leurs ordres directs le personnel auxiliaire européen (infirmiers, sages-femmes, etc.) et le personnel auxiliaire indigène en service dans le cercle ou la circonscription sanitaire : médecins, pharmaciens et sages-femmes, aides de santé, gardes sanitaires, infirmiers sanitaires et infirmières-visiteuses.

Les sages-femmes étaient tenues d'assurer la gestion de la maternité, soit sous la surveillance des médecins, européens et africains, soit sous sa propre responsabilité dans les maternités et dispensaires isolés où elles avaient sous leurs ordres des infirmiers et infirmières, des infirmières-visiteuses, des filles de salle, des matrones, des gardes sanitaires, etc. Elles travaillaient aussi avec les infirmières et sages-femmes coloniales.

Le médecin du centre d'Assistance, en général européen, était chargé de la direction et de l'inspection permanente de la circonscription d'assistance correspondante ; il dirigeait, orientait et contrôlait tout le personnel sanitaire européen et indigène qui y était en service. Il lui appartenait aussi le soin de répartir le personnel auxiliaire selon les besoins et de tracer à chacun le service qui lui incombait en établissant un roulement équitable entre les tournées et le service fixe au dispensaire ou dans les infirmeries. Il veillait avec le plus grand soin sur l'instruction technique du personnel, mettait à profit toutes les occasions pour l'améliorer, se faisait exposer à l'avance et mettait au point les programmes des tournées de prophylaxie, d'hygiène et de vulgarisation et se faisait adresser des comptes rendus minutieux après chaque tournée. Il était chargé en outre de diriger et de gérer le dispensaire-maternité de ce centre. En ce sens, la sage-femme devait lui rendre compte du déroulement des activités, faire appel à lui s'il y avait des complications et le consulter pour la prise de certaines décisions. Il était sous le contrôle administratif du commandant du cercle et de l'autorité technique du chef du service de santé.

Les médecins auxiliaires étaient recrutés parmi les médecins diplômés de l'École de Médecine de Dakar ; ils étaient régis par l'arrêté du 7 mai 1925 et les arrêtés des 20 juin et 20

¹ Entretien avec Madame Bâ, Anna Guèye, *op. cit.*

² *Idem.*

³ ANS, 1 H 44/ 13, Circulaires DSP n°288 / S pour tous les médecins-chefs de cercle du Sénégal et de la Mauritanie au sujet des attributions professionnelles des sages-femmes, Saint-Louis, le 26 juillet 1947.

août 1925. Dans un même centre, ils supervisaient le travail de la sage-femme. Les aides-médecins étaient recrutés parmi l'élite des infirmiers indigènes pour être employés comme assistants des médecins européens ou pour faire fonction de médecins auxiliaires dans des emplois déterminés répondant à leurs aptitudes. Ils formaient des cadres locaux, propres à chaque colonie et leur statut était fixé par arrêtés des lieutenants-gouverneurs. Médecins auxiliaires et aides-médecins concouraient sous la direction du médecin européen, au service des dispensaires secondaires et d'infirmiers. Ils étaient tenus à tout ce qui se rapportait aux soins à donner aux malades à la consultation, à domicile, à la préparation de médicaments, aux vaccinations, aux tournées mobiles ayant trait à la surveillance de l'hygiène, à la vulgarisation des notions de prophylaxie, au dépistage des maladies épidémiques et sociales, aux mesures de défense sanitaire, à la tenue des écritures et des registres réglementaires.

Les infirmières-visiteuses¹ complétaient l'action des sages-femmes en veillant dans les villages des circonscriptions auxquelles elles étaient attachées, sur l'hygiène des femmes enceintes et des nourrissons, elles avaient ensuite pour tâche de dépister dans les milieux indigènes les maladies sociales (lèpre, tuberculose, maladies vénériennes), de renseigner sans retard la sage-femme et d'assurer ensuite l'exécution des prescriptions.

Les infirmiers² de l'Assistance portaient l'appellation "d'infirmiers sanitaires" et, comme les infirmières-visiteuses, ils avaient un rôle de médecine sociale à remplir. Ils servaient par roulement dans les dispensaires, mais étaient principalement employés à faire des tournées pour enquêter sur les maladies sociales dépistées aux consultations, pour déceler les maladies épidémiques, prendre les mesures de défense et de prophylaxie, pratiquer les vaccinations et vulgariser parmi les populations les notions d'hygiène et de prophylaxie. Quand l'infirmier était chef de poste, la sage-femme dépendait de lui sur le plan administratif, mais elle restait autonome sur le plan technique.

Le corps des infirmières et sages-femmes coloniales du cadre général a été créé en 1937³. Les infirmières servaient dans les hôpitaux du Service général et de l'AMI, dans les services d'hygiène et de médecine préventive, dans les dispensaires, dans les équipes mobiles de prophylaxie et de médecine sociale. Quant aux sages-femmes coloniales, elles avaient le même rôle que celles africaines. Il leur était réservé en principe, les maternités et les services de protection de la mère et de l'enfant. Elles pouvaient cependant, par nécessité de service, être chargées d'un emploi d'infirmière. Ainsi, infirmières et sages-femmes coloniales étaient polyvalentes dans leurs actions, comme à l'image de leurs collaboratrices africaines. Mais partout où elles exerçaient, les infirmières et sages-femmes du cadre "local" n'étaient recrutées qu'à titre auxiliaire, et l'échelle de leurs traitements était toujours inférieure à l'échelle des soldes de présence du cadre général.

* Étude de cas : les infirmières-visiteuses

Comme pour les autres corps, celui des infirmières-visiteuses était créé pour faire face au manque criard de personnel du Service de santé. C'est dans sa circulaire du 12 avril 1921, que le Gouverneur général Merlin avait envisagé l'utilisation d'assistantes indigènes destinées "à l'exclusion de toute manœuvre obstétricale, à assurer dans les villages la propreté des accouchements et des premiers soins aux nourrissons" et il proposait de les appeler des "gardes"⁴. Il revenait à Carde, dans le cadre de la médecine préventive et sociale, de concrétiser cette idée et de les appeler non pas des gardes de nourrissons mais des "infirmières-visiteuses", "dont la fonction sera non seulement de veiller sur l'hygiène des femmes enceintes

¹ V. infra. Nous avons étudié particulièrement le cas des infirmières-visiteuses du fait qu'elles étaient le plus en contact avec les sages-femmes, et que, à un certain moment, certaines d'entre-elles étaient intégrées dans le corps des sages-femmes.

² Cf. le mémoire de El Hadji Mamadou Mbaye intitulé : *Étude d'une profession de santé : Les infirmiers du Sénégal de 1889 à 1968*, UCAD, 2002, 114 p.

³ JOAOF, Arrêté n°1049 A.P. promulguant en AOF le décret du 19 novembre 1937 portant création d'un corps d'infirmières coloniales et de sages-femmes coloniales, p. 461.

⁴ JOAOF, Carde, Instructions du 15 février 1926, *op. cit.*, p. 196.

et des nourrissons, mais encore de pénétrer dans tous les milieux indigènes pour y dépister les maladies sociales dont le danger devient chaque jour plus grand”¹.

Le rôle de ces infirmières-visiteuses était d’une part, d’aider puissamment les sages-femmes dans la protection de l’enfance et d’autre part, elles étaient pour le médecin des agents d’information et d’exécution de premier ordre dans la lutte contre les maladies sociales tout comme les infirmiers sanitaires dans la lutte contre les maladies épidémiques.

Au début, elles étaient constituées par cadres locaux², exclusivement recrutées parmi les indigènes des pays et formées à l’hôpital du chef-lieu de leur colonie, d’après un enseignement pratique adapté aux conditions locales et inspiré de celui des écoles de puériculture et de médecine sociale de la métropole. Elles étaient, par ordre, affectées à une maternité et attachées à une sage-femme, mais en réalité, leur service était externe et c’est dans les cases du village, auprès des enfants et des mères qu’elles exerçaient leur rôle bienfaisant sous le contrôle et l’impulsion de la sage-femme et du médecin. Ce n’est qu’à partir de 1930, qu’elles avaient commencé à être formées par l’École de Médecine de Dakar.

1. Recrutement

L’arrêté du 16 février 1930 créait une section d’infirmières-visiteuses à l’École de Médecine. Les candidates à cette section étaient recrutées sur concours dans les mêmes conditions que les élèves sages-femmes. Elles pouvaient également être recrutées parmi les élèves sages-femmes qui n’avaient pas satisfait à l’examen de passage à l’expiration de leur première année d’études³. Ces dernières étaient autorisées, par décision du directeur de l’école rendue après avis du Conseil des professeurs, à suivre les cours de la section des infirmières-visiteuses.

À titre exceptionnel et après avis du conseil des professeurs les élèves sages-femmes de deuxième année qui, à la fin du premier trimestre ne paraissaient pas susceptibles de poursuivre avec succès les études de la section des sages-femmes, pouvaient également être autorisées à s’inscrire à la section des infirmières-visiteuses.

2. Le cadre des infirmières-visiteuses

Les infirmières-visiteuses appartenaient aux cadres communs secondaires de l’AOF⁴, elles étaient recrutées parmi les élèves sorties de l’École de Médecine et devaient servir dans le cadre de l’Assistance médicale, sous l’autorité du Gouverneur ou de l’Administrateur de la Circonscription de Dakar et Dépendances et sous la direction et le contrôle technique des médecins, pharmaciens et sages-femmes, indigènes et européens. Elles appartenaient, soit au grade des infirmières-visiteuses, soit au grade des infirmières-visiteuses principales, dont les soldes, catégories et péréquations sont les suivantes⁵ :

¹ *Idem.*

² *JOS*, Arrêté du 9 septembre 1926 créant au Sénégal un cadre d’infirmières-visiteuses, p. 791.

³ V. annexe 4, Répartition des élèves sages-femmes et infirmières-visiteuses.

⁴ *JOAOF*, Arrêté n°393 du 16 février 1930 créant un cadre commun d’infirmières-visiteuses et complétant l’arrêté du 7 mai 1925, réorganisant le cadre des médecins, pharmaciens auxiliaires et sages-femmes auxiliaires, communs à toutes les colonies du groupe de l’AOF, p. 224.

⁵ *JOAOF*, *Idem.*



Photo de Sages-femmes africaines - Promotion 1952

Tableau 13 : Hiérarchie et solde des infirmières-visiteuses

Hiérarchie	Solde	Catégorie	Péréquation
Infirmière-visiteuse principale de 1 ^{ère} classe	12 000 F	3 ^e	30 %
Infirmière-visiteuse principale de 2 ^e classe	11 000 F	3 ^e	30 %
Infirmière-visiteuse principale de 3 ^e classe	10 000 F	3 ^e	30 %
Infirmière-visiteuse principale de 4 ^e classe	9 000 F	3 ^e	30 %
Infirmière-visiteuse de 1 ^{ère} classe après 5 ans	8 000 F	4 ^e	70 %
Infirmière-visiteuse de 1 ^{ère} classe avant 5 ans	7 000 F	4 ^e	70 %
Infirmière-visiteuse de 2 ^e classe	6 000 F	4 ^e	70 %
Infirmière-visiteuse de 3 ^e classe stagiaire	5 500 F	4 ^e	70 %

Source : JOAOF, 1930, p. 224.

En 1944, un arrêté du 6 décembre fixait leur statut particulier¹. Ainsi, pour l'avancement, les infirmières-visiteuses de deuxième classe étaient tenues d'accomplir à l'expiration de la deuxième année de service effectif dans cette classe, un stage de ré-imprégnation professionnelle de trois mois à l'hôpital du chef-lieu de leur colonie d'affectation, sous la direction effective d'un médecin européen, d'après un programme arrêté par le directeur général de la Santé publique, sur les indications des directeurs locaux de la Santé publique. À l'issue de ce stage, les intéressées étaient astreintes à un examen écrit dont les modalités d'exécution étaient déterminées par une instruction spéciale en vue d'une sélection rigoureuse des candidates au stage de perfectionnement à effectuer à l'École de Médecine pour l'accès au principalat. Les candidates ayant passé avec succès l'examen probatoire pouvaient être inscrites pour le grade de principalat au premier tableau d'avancement qui suit le stage.

Dans la pratique, du fait de l'insuffisance des sages-femmes, les infirmières-visiteuses étaient souvent obligées d'accomplir le rôle de ces dernières en procédant à la pratique des accouchements. Ainsi, celles dont théoriquement le rôle initial devait se limiter à seconder les sages-femmes, dépister les maladies sociales au cours des tournées et chercher à attirer les femmes enceintes et les enfants dans les formations sanitaires, se trouvaient contraintes de porter secours à une parturiente ou un enfant souffrant, vu que, devant l'insuffisance du personnel de santé, certaines étaient appelées à exercer seules leurs fonctions dans une case ou dans un poste de santé isolé ; elles étaient destinées à servir en brousse.

C'est ce qui avait entre autres motivé le Ministre des Colonies Vaucel, à adopter le projet du Gouverneur général de l'AOF d'intégrer les infirmières-visiteuses dans le cadre des sages-femmes en 1945². En effet, certaines infirmières-visiteuses avaient fréquemment servi en qualité de sage-femme, soit lorsqu'elles étaient seules dans un poste de brousse, soit lorsqu'elles assuraient un intérim de sages-femmes. D'une façon générale, elles avaient donné satisfaction dans ces emplois et l'on estimait qu'une dizaine d'entre elles étaient susceptibles de devenir de bonnes sages-femmes. Encore, considérant le mode de recrutement des unes et des autres, on constatait que le concours d'entrée à l'École de Médecine était autrefois le même, les candidates choisissaient l'une ou l'autre branche d'enseignement suivant leurs aptitudes et leur classement. En plus il y a le fait que ce cadre était progressivement en voie d'extinction par suite de la suppression de tout recrutement depuis 1938.

C'est compte tenu de toutes ces raisons donc, et pour donner une satisfaction de principe à quelques unes de ces infirmières-visiteuses méritantes et déjà un peu spécialisées en obstétrique, que le Gouverneur de l'AOF envisageait ces mesures transitoires. Mais, n'étaient acceptées que les infirmières-visiteuses qui, par leurs notes antérieures et par leurs aptitudes,

¹ JOAOF, Arrêté n°3273 P. du 6 décembre 1944 fixant le statut particulier des infirmières-visiteuses, p. 892.

² ANS, 1 II 98/ 163, Lettre n°62 59 / SP-C, Intégration des infirmières-visiteuses dans le cadre des sages-femmes africaines, Dakar, le 5 octobre 1945.

s'étaient montrées dignes d'accès à la profession de sage-femme. Elles devaient subir un examen unique et elles étaient intégrées, avec une équivalence de grade, dans le cadre des sages-femmes.

C - Effectifs et infrastructures

Le manque de personnel a toujours été un fléau contre le développement du Service de santé. Le fait que certaines sages-femmes partaient en congé de maternité ou administratif, ou étaient affectées sans qu'on ne les remplace, était fréquent. Cette situation s'exacerbait avec les besoins d'une médecine sociale naissante, avec la création de la pédiatrie dans les années 50 et la nécessité de pourvoir en personnel la zone rurale. Cette pénurie était tellement manifeste que les populations réclamaient l'assistance de personnes qualifiées, sage-femme ou matrone. C'est le cas à la Médina (Dakar) où les notables demandaient de l'aide parce qu'étant confrontés à des difficultés chaque fois qu'il y avait un accouchement. Ils proposaient au Directeur local de la Santé publique d'accorder des facilités aux matrones Poulo Sembène de la Rue 20 X 15, Khady Dia de la Rue 20 X 21 pour le quartier de Santiaba et Seyni Tiaba Faye au Champ de Courses pour le quartier de Thiérigne pour une meilleure assistance des parturientes ¹. En 1951, une demande d'emploi en qualité de matrone était formulée par la nommée madame Oumar Kébé née Penda Bâ habitant au village de Bop. Dans un télégramme daté du 19 décembre 1950, le président du Conseil général constatait qu'au moment où se multipliaient les formations sanitaires, les sages-femmes dont les frais d'études avaient été supportés par le Sénégal, étaient affectées dans d'autres territoires. Ainsi, il attirait l'attention des autorités fédérales afin que les sages-femmes sénégalaises parlant les langues du pays soient maintenues dans leur territoire d'origine ².

À Kaolack, le médecin commandant Daniaud avait inauguré une tentative intéressante ; il avait obtenu des chefs de canton la construction, aux frais de la communauté, de petites formations dites "villages de matrones", villages de paillotes dont l'une des chambres était réservée à la matrone et les autres aux accouchées. Dix de ces villages fonctionnaient à la satisfaction de tous ³.

En 1948, le président de l'Union générale des Originaires de la Vallée du Fleuve décriait "le manque de moyen de transport et surtout la pénurie du personnel". Il lui était inconcevable que des cercles d'une étendue aussi grande que ceux de Podor et Matam soient déservis que par un seul médecin. En conséquence, il demandait l'affectation de deux médecins et de deux sages-femmes par cercle. Mais il ne lui fut accordé que deux sages-femmes et un médecin africains pour les deux cercles ⁴.

À Saint-Louis, le médecin général Guillaume avait recours aux Religieuses infirmières diplômées d'État pour qu'elles aident dans les services de pédiatrie, de chirurgie et de maternité ⁵.

Ainsi, les besoins des populations ne cessaient de s'accroître. Le développement des services de santé demeurait lié non seulement à l'augmentation numérique du personnel, nécessité pourtant reconnue à la Conférence de Brazzaville, mais aussi à l'élévation de leurs valeurs technique et morale, étudiées plus haut. Pour tout le Sénégal, on comptait en 1947, 58 sages-femmes africaines dont 10 à Dakar. Ce chiffre augmentait pour atteindre le summum en 1950 avec un effectif de 69, puis en 1953, il redescendait à 51 seulement (non compris le personnel en service dans les formations sanitaires de Dakar). En même temps, les sages-femmes européennes étaient également en nombre davantage insuffisant : 8 en 1950 et 7 en 1953.

¹ ANS, 1 H 44/ 13, Lettre de Mr El Hadji Niokhor Ndoye, notable à la rue 19 X 20, Dakar, à M. El Hadji Dame Paye, Président des mutilés de guerre de l'AOF et du Togo à Dakar, le 5 janvier 1950. Lettre transmise à Mr le Directeur général de la Santé publique par le Directeur local de la Santé publique du Sénégal.

² ANS, 1 H 44/ 13, Télégramme n°768 du Président du Conseil Général Adama Lô, Saint-Louis, le 19 décembre 1950.

³ ANS, 2 G 48/ 20, p. 119.

⁴ ANS, 1 H 44/ 13, Note n°819 APA / 1 pour Mr le chef du Service de santé, le 2 août 1948.

⁵ ANS, 1 H 44/ 13, Le Médecin Guillaume à Mr le Gouverneur du Sénégal, le 28 juin 1948.

IV. Répartition des élèves sages-femmes et infirmières-visiteuses

Les élèves de première année, quelle que soit la section, sages-femmes ou infirmières-visiteuses, qu'elles doivent choisir, ont un programme d'enseignement exactement semblable. Le choix de la section sages-femmes ou infirmières-visiteuses est laissé à chaque élève selon le classement de l'examen de fin d'année. Le choix a été le suivant :

Sages-femmes	Infirmières-visiteuses
Thera Henriette	Wilson Frida
Eteki Laurence	Ducasse Jeanne
Souina Marie-Louise	Reaux Jeanne
Soumana Henriette	Maréchal Rose
Boccori Agnès	Jones Odette
Clermont Armande	Ndiaye Mama
Sissoko Néné	Da Costa Marie
Sidibé Adèle	
Haïdara Bintou	
Johnson Michelle	
Sere Marie	
Youm Elisabeth	
Romage Margarine	

Source : I H 98/ 163, Extrait du procès-verbal de la séance du Conseil des professeurs de l'École de Médecine du mardi 6 juillet 1937.

V. Bureau national des sages-femmes élu le 17 mai 1964 :

Mmes Marie Coulbary	Présidente d'honneur
Marianne Corréa, née Kâ	Présidente
Marianne Corréa, née Pucetti	Vice-présidente
Nafi Guèye, née Diop	Vice-présidente
Yvonne Mathieu, née Sidibé	Vice-présidente
Siga Sow, née Coulibaly	Secrétaire générale
Anna Bocandé, née Corréa	Secrétaire adjointe
Nafy Touré, née Ndiaye	" "
Ramatoulaye Guèye, née Seck	Secrétaire administrative
Sophie Ndiaye, née Turpin	Secrétaire administrative adjointe
Louise Ndiaye	" "
Armande Lapolice	Trésorière générale
Fanta Diack	Trésorière adjointe
Anna Guèye	" "
Nafy Diouf	" "
Penda Diop, née Sarr	" "
Fatou Wane	" "
Anta Bâ	" "
Hélène Mendy	Secrétaire à la presse et documentation
Oulimata Lô	Secrétaire adjointe
Marie Hélène Diouf	" "
Mame Boya Mbaye	Secrétaire à l'organisation et à la
propagande	
Diarra Bousso Diop	Adjointe
Suzanne Sèye,	"
Suzanne Cissé	"
Aïda Diop, née Sar	Secrétaire aux affaires sociales et
culturelles	
Aïcha Sène, née Diouf	Adjointe
Aminata Fall née Dièye	"
Marie Touré	Secrétaire aux relations extérieures

Source : Les sages-femmes Sénégalaises ont formé leur association : in : *Unité Africaine*, n° 99, mai, 1964, p. 6.

Comme pour l'effectif des sages-femmes, les maternités étaient aussi insuffisantes. Suite à une enquête démographique menée en 1938, il a été décelé un taux important de mortalité infantile. Pour la combattre, des maternités étaient construites, mais elles étaient souvent exigües. Le désir et la nécessité d'aller vite avaient entraîné à construire des salles d'hospitalisation communes et une salle de travail par maternité. Après cette phase, il fut reconnu nécessaire que, pour une meilleure protection de la mère et de l'enfant, il fallait multiplier la construction de maternités comportant des chambres d'isolement pour les infectées, des chambres séparées et des salles pour soins de gynécologie. Il fallait aussi augmenter la capacité hospitalière des maternités ou postes de santé pour qu'elle ne soit pas inférieure à 20 lits et par conséquent, le nombre de bureaux. Deux plans standards d'une capacité de 32 et de 20 lits furent étudiés, l'un et l'autre avec le souci d'obtenir un minimum de confort et d'hygiène, adaptés selon l'importance de la population à desservir, à la nature du climat et au mode d'habitat et avec possibilité d'extension portant leur capacité à 42 et 52 lits ¹.

Mais, ce programme ambitieux dans son principe fut contrarié par la Seconde Guerre mondiale qui marquait ainsi un coup d'arrêt au développement des formations sanitaires. En 1946, le Service de santé s'était trouvé en face d'une situation des plus précaires : presque toutes les formations étaient vétustes et inadaptées à la médecine moderne ². Pour remédier à cet état de fait, un plan de construction a été dressé par le Service de santé du Sénégal ; le but était alors de créer et de développer, surtout en dehors de Dakar dont les réalisations étaient à la charge du budget général, trois centres hospitaliers importants (à Saint-Louis, Kaolack et Ziguinchor) avec groupe opératoire, services radiologique et dentaire. En 1948, il y avait 25 maternités au Sénégal et en 1950, ce nombre était passé à 34. L'ensemble des formations sanitaires au Sénégal en 1951 s'élevait à 277 dont 31 maternités avec une capacité hospitalière de 525 lits.

Tableau 14 : Récapitulation des formations sanitaires du Sénégal en 1951

n° d'ordre	Formation	Nombre	Nombre de lits (environ)
1	Hôpitaux principaux	3	1 657
	Hôpitaux secondaires	4	210
	Hôpitaux (pour) contagieux	1	210
2	Formations sanitaires principales	7	192
3	Maternités :		
	a - AMI	30	500
	b - Municipales	1	25
4	Dispensaires :		
	a - AMI	96	474
	b - Municipaux	19	48
	c - Mission	7	?
	c - Puériculture	5	?
	c - Privés	2	?
5	Léproseries (colonies agricoles)	3	300
6	Lazarets	6	100
7	Service d'hygiène	5	?
8	Logements	88	6
	Totaux	277	3 611

Source : ANS, 2 G 51/ 15, p. 45.

¹ ANS, 1 H 102/ 163, *op. cit.*

² ANS, 2 G 51/ 15, p. 107.

Devant ce manque d'infrastructures, certaines grosses entreprises tels le CGOT en Casamance, Phosphates de Lam-Lam (Thiès), SODEK (sic) près de Kaolack avaient tenu à construire et à faire fonctionner par leurs propres moyens, des dispensaires ou des infirmeries qui, réservés en principe à leurs propres personnels, dispensaient également des soins aux habitants ¹.

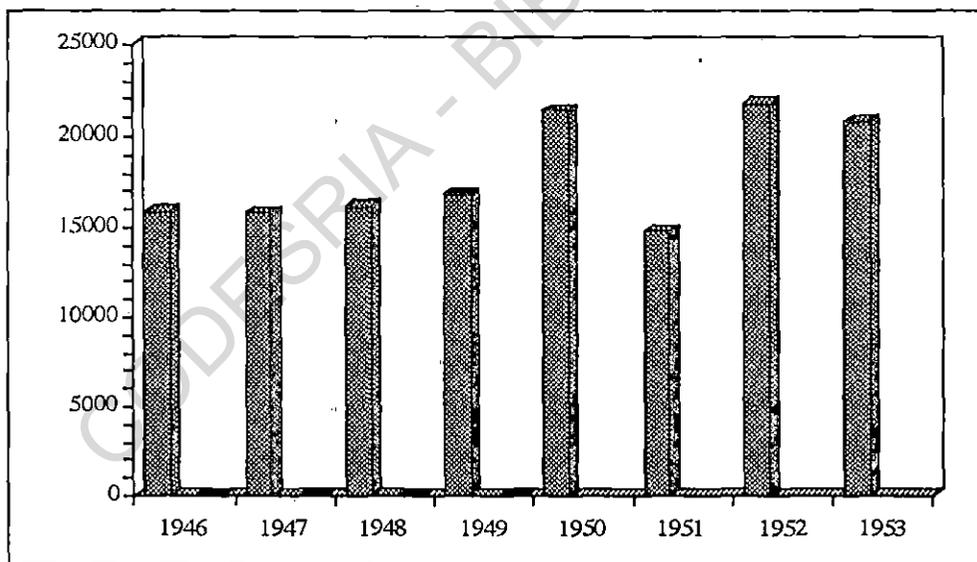
La conséquence de cette situation était la faiblesse des rendements observée dans les formations sanitaires. Pour la période de 1946 à 1953, la courbe des accouchements se présentait de façon irrégulière.

Tableau 15 : Nombre d'accouchements pratiqués dans les formations sanitaires du Sénégal de 1946 à 1953

Année	Nombre
1946	15 953
1947	15 864
1948	16 192
1949	16 857
1950	21 426
1951	14 807
1952	21 798
1953	20 874

Source : ANS, 2 G 53/ 25, p. 57.

Nombre des accouchements de 1946 à 1953



La période 1949-52 présente une situation curieuse. De 16 857 en 1949, on note une augmentation spectaculaire en 1950 (21 426), puis une baisse en 1951 (14 807) avant d'enregistrer le nombre le plus élevé en 1952 avec 21 798 accouchements. La dépression enregistrée en 1951 est imputable au tarissement du recrutement des élèves médecins consécutif à la fermeture de l'EAMP. Ces élèves rendaient de bons services lors de leur stage en maternité. Par contre, la hausse de 1953 est liée au nombre important de sages-femmes (69) pendant cette année.

¹ ANS, 2 G 59/ 8.

Cette période était ainsi favorable au développement de la pratique privée de la médecine. En 1944, un décret autorisait les sages-femmes étrangères appartenant à des Missions religieuses à exercer leur art dans les colonies d'Afrique¹. Elles étaient en 1951, au nombre de huit seulement au Sénégal et elles étaient toutes des Européennes². Ce n'est que plus tard, en 1955, que les sages-femmes africaines commencèrent à solliciter l'autorisation d'exercer en clientèle privée³. Pourtant, selon l'arrêté du 29 janvier 1948 réglementant les obligations professionnelles des sages-femmes africaines, celles ayant cessé d'appartenir aux services médicaux administratifs par suite de leur mise à la retraite ou par inaptitude physique ou sur leur demande agréée après l'expiration de leur engagement décennal, pouvaient exercer à titre privé sur autorisation du chef du territoire où elles désiraient s'installer. Ce décalage était dû aux multiples conditions liées à la pratique privée. Le nombre des autorisations à accorder était fixé chaque année par le ministre de la FOM en tenant compte des nécessités du Service de santé et de l'importance du recrutement à l'EAMP qui dépassait rarement 30 élèves. Cela faisait que, ce service, confronté à un manque de sages-femmes, préférait les maintenir dans le cadre. En plus, l'autorisation était valable pour toute localité située à 20 km d'un cabinet médical tenu à titre privé par une sage-femme diplômée d'État et maintenue dans le cas d'installation postérieure d'une sage-femme d'État dans la dite localité. Comme pour les sages-femmes du cadre administratif, celles régulièrement autorisées à exercer à titre privé, demeuraient placées, au point de vue technique et professionnel, sous le contrôle et la surveillance du Directeur local de la Santé publique ou de son représentant. Toute décision professionnelle grave prise en cas d'urgence faisait l'objet d'un compte-rendu immédiat adressé à l'autorité technique hiérarchique. Toute manœuvre médicale contraire aux règles de l'art et à la conscience professionnelle impliquait la suppression du droit d'exercer, sous préjudice de poursuites judiciaires lorsqu'elle tombe sous la coupe de la loi. En 1949, un décret portant code de déontologie des sages-femmes fut promulgué⁴. Ce code définissait les attributions, les devoirs et limites de ces dernières.

Conclusion

Avec les sages-femmes africaines, on assistait aux premières formes de contestation commencées d'abord à l'EAMP. C'est aussi avec elles que débutait la formation médico-sociale des sages-femmes. Elles avaient fourni d'importants efforts en se préoccupant de soigner les malades et de multiplier les consultations dans les formations sanitaires. Elles avaient attiré les parturientes dans les maternités afin de permettre la mise au monde dans de meilleures conditions. Mais leur œuvre, bien que satisfaisante, n'était pas complète : une fois rentré, l'enfant était exposé au danger d'une mauvaise alimentation, du refroidissement, de maladies etc. Si la lutte contre la mortalité était une question d'ordre purement médical, la lutte contre la mortalité infantile rentrait davantage dans le cadre de l'action sociale : les conditions de vie et du milieu ont ici une influence directe et constante. C'est pourquoi, à partir des années 1950, un accent particulier a été mis sur la protection de l'enfance. Cette œuvre, commencée avec les sages-femmes africaines s'intensifiera avec les sages-femmes d'État dont quelques-unes se spécialisent en pédiatrie sociale qui, du fait de son importance, était intégrée dans le programme normal des sages-femmes d'État.

¹ JOAOF, Décret du 17 août 1944 autorisant des médecins, dentistes et sages-femmes étrangers appartenant à des Missions religieuses à exercer leur art dans les colonies d'Afrique, p. 683.

² Liste nominative au 31 décembre 1951 des sages-femmes libres exerçant dans le territoire du Sénégal : Colson née Geof. (Thiès), Leger née Turm (Lyndiane, Kaolack), Quadrelli née F. (Dakar), Boisson (Dakar), Mlche□née Paulette (Dakar), Lafroy née Privat (Dakar), Boye née Jeanne (Dakar) et Yvonne Dalmai (Dakar). Cf. 2 G 51/ 15, p. 43.

³ ANS, 1 H 127/ 163, Exercice de la médecine privée en AOF (1925-1957). Correspondance n°4104 / SS, du Médecin-colonel Coléno, Directeur de la Santé publique du Sénégal-Mauritanie à Mr le Directeur général de la Santé publique, le 5 octobre 1955.

⁴ V. annexe 7, JORF, Décret n°49-1351 du 30 septembre 1949 portant Code de déontologie des sages-femmes, p. 987.

Troisième partie

Les sages-femmes d'État de 1949 à 1968

Introduction

Depuis 1918, le recrutement et la formation des sages-femmes avaient suivi l'évolution de l'enseignement général en AOF. Si les sages-femmes auxiliaires et africaines étaient recrutées à partir du CEP, pour les sages-femmes d'État il fallait posséder le CEPC et plus tard, le brevet suite à l'accès des filles à l'enseignement moyen et secondaire. En 1956, un cours préparatoire pour la formation au diplôme d'État de sage-femme fut organisé à Dakar et l'année suivante, l'École des sages-femmes d'État fut ouverte. L'avènement du diplôme d'État avait entraîné une "dévalorisation" systématique du diplôme de sage-femme africaine, ainsi, il a paru nécessaire aux autorités d'aider ces dernières afin d'accéder au diplôme d'État. L'ouverture de cette école, à Dakar, avait permis la formation sur place de ce personnel. En effet, depuis 1946, élèves et étudiants africains étaient autorisés à poursuivre leurs études en métropole pour obtenir ce diplôme qui les plaçait sur un même pied d'égalité avec les métropolitains. Progressivement, on assista à l'alignement des diplômes locaux sur ceux de la métropole. Si les élèves médecins accédaient au diplôme d'État dès 1947, il fallut attendre 1949 pour les élèves sages-femmes. À ce moment, il était question de donner au Sénégal les cadres qui lui permettaient, non pas comme on disait auparavant, de participer à la gestion des affaires, mais d'assurer la direction des affaires. Ainsi, on assista au développement de l'enseignement secondaire, à la naissance de l'université, à l'envoi de jeunes gens boursiers de l'enseignement supérieur et technique en métropole et à l'orientation des études en fonction des débouchés et des besoins, mais aussi à la création sur place d'écoles capables de former et de délivrer des diplômes reconnus et cotés sur le plan international. À travers les lignes qui suivent, nous allons voir l'évolution de tout ce mouvement.

Chapitre premier

Les sages-femmes d'État formées en métropole

Jusqu'en 1956, on ne formait en Afrique que des sages-femmes africaines. Pour avoir le diplôme d'État de sage-femme, il fallait aller en France où le concours n'a été ouvert aux candidates africaines qu'en 1949. Elles suivaient un enseignement théorique et pratique au cours duquel on leur inculquait les notions de respect, de dévouement et de secret

professionnel, tout en veillant sur leur bonne mise. À leur retour, elles étaient intégrées dans le cadre général.

A - L'arrêté du 7 septembre 1949

Cet arrêté promulguait en AOF le décret du 18 août 1949 instituant un concours annuel entre les médecins africains d'une part, entre les sages-femmes africaines d'autre part, volontaires pour poursuivre leurs études en métropole en vue de l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine et du diplôme d'État de sage-femme¹. Ce même décret déterminait la situation des intéressés en cours d'études en métropole. Des bourses d'enseignement supérieur à la charge des budgets locaux étaient attribuées aux médecins et sages-femmes africains désignés pour continuer leurs études. Le Haut Commissaire en AOF était chargé de l'organisation du concours et en fixait la date de telle sorte que les intéressés puissent être présents au début de l'année scolaire dans les localités désignées pour la continuation de leurs études.

Les médecins et sages-femmes bénéficiaires d'une bourse d'enseignement supérieur devaient obligatoirement, avant leur départ pour la métropole, souscrire l'engagement écrit de servir dans le cadre de l'AMI pendant une période de six ans après l'obtention du diplôme d'État, faute de quoi, la dite bourse était annulée et l'autorisation de se rendre en France refusée. En cas de non-observation de cet engagement, le fonctionnaire en cause était tenu au remboursement de toutes les sommes perçues au titre de la bourse, y compris les frais de transport depuis le territoire ayant consenti la bourse jusqu'à la métropole, sous préjudice de sanctions disciplinaires administratives.

Les sages-femmes autorisées à poursuivre leurs études en métropole étaient mises en disponibilité sans solde pour une période d'une année. Cette période était renouvelable exceptionnellement en cas d'échec à l'examen. Pendant ce temps sans traitement, un secours imputable au budget du territoire ayant concédé la bourse, était attribué aux sages-femmes chargées de famille et à leurs enfants en cas de décès ou à défaut de père. Il était calculé d'après le traitement d'une sage-femme africaine de troisième classe de la zone de résidence de la famille, diminué de la somme représentant la bourse.

B - Enseignement et stages

L'enseignement des sages-femmes d'État se faisait avec plus de rigueur et de méthode. Il était à la fois théorique et pratique et, dès la première année, on inculquait à la future sage-femme, le sens du devoir, de l'organisation et de la discipline. Ainsi, " il est précisé que l'élève est à l'école pour apprendre sa profession et ne doit pas être utilisée à d'autres fins. Elle ne doit en aucun cas remplacer le personnel d'exploitation, mais elle assiste le personnel enseignant " ².

Ainsi, les élèves de deuxième et de troisième année faisaient, à tour de rôle, en présence et sous la direction des monitrices sages-femmes, des accouchements à la maternité annexée à l'école. Une élève de ces mêmes classes était plus spécialement chargée de chaque accouchement et, à cet effet, un tableau qui déterminait l'ordre des tours pour les accouchements était affiché dans la salle de travail. Seule l'élève désignée assistait en principe à chaque accouchement. Toutefois, en présence d'un cas intéressant d'accouchement ou d'intervention chirurgicale, le médecin ou la maîtresse sage-femme pouvaient décider d'y faire assister les autres élèves. Celle choisie était aussi tenue de visiter l'accouchée deux fois par jour, afin d'observer tout ce que présente l'état ordinaire de celle-ci, d'en faire part à la maîtresse sage-femme et au professeur lors de leurs visites. Elle était tenue de les assister, de rédiger avec exactitude les bulletins de clinique qui restent à la disposition du professeur et d'assurer les soins à l'accouchée jusqu'à complet rétablissement.

¹ JOAOF, Décret n° 46-1172 du 18 août 1949, p. 1293.

² *Idem*.

Ces élèves étaient appelées à la maternité par un signal convenu et ne pouvaient quitter l'école qu'après en avoir avisé la maîtresse sage-femme ou la surveillante. Mais, si dans l'intervalle des heures de service, une ou plusieurs élèves avaient à donner des soins spéciaux à leurs malades, la maîtresse sage-femme ou le professeur les autorisait à se rendre à la maternité. Le jour, ainsi que la nuit, une élève de deuxième ou de troisième année pouvait être de garde dans la salle des femmes accouchées. Chacune des élèves était appelée à son tour à faire ce service, établi par un état de roulement arrêté par la maîtresse sage-femme. L'élève placée de garde à la maternité rentrait à l'école à l'heure des leçons.

Durant le service, il était interdit aux élèves de procurer des aliments d'aucune sorte aux femmes en couches ou de faire pour elles des achats ou de recevoir en dépôt aucun objet, quelle que soit sa nature, appartenant aux accouchées. Il leur était également interdit d'aller chez les femmes enceintes, à moins que l'une de ces dernières ne réclame de prompt secours et que le personnel de la maternité soit empêché ou réclame le concours de l'élève. Elles avaient envers les malades les mêmes devoirs de bonté, de dévouement et de respect que tout le personnel de la maternité. Elles étaient rigoureusement tenues au secret professionnel. La contravention à ces mesures entraînait l'application de peines disciplinaires.

Les élèves subissaient, au cours de leurs études, deux examens de passage. À la fin de la première année, l'examen portait sur le programme du premier cycle d'enseignement (études infirmières), il était passé devant le jury de l'École d'infirmières. Pour obtenir le diplôme d'État de sage-femme, l'examen de sortie de troisième année portait sur la totalité des matières enseignées depuis la première année et avait lieu à l'Université. Seules les élèves ayant une scolarité suffisante : notes de stage accordées par le chef de service, assiduité et conduites aux cours et exercices pratiques, pouvaient être inscrites à l'un des examens. Les examens de passage avaient lieu en juin ou en juillet. Les élèves refusées à l'un quelconque des examens de passage ou empêchées de s'y présenter par défaut de scolarité pouvaient, après un stage supplémentaire effectué pendant les vacances, se présenter à la deuxième session de ces examens de passage à la rentrée d'octobre. En cas d'échec, elles devaient refaire entièrement toute l'année avec stage et enseignement théorique et acquitter l'intégralité du prix de la pension. Quatre échecs au même examen entraînait l'exclusion de l'école, la scolarité insuffisante, sauf pour une cause de maladie, étant comptée comme un échec.

Aux fins de disposer d'élèves saines, exemptes de toute maladie, ces dernières étaient surveillées médicalement. Déjà, avant leur entrée à l'école, elles avaient subi un contrôle médical réalisé par un médecin phthisiologue qualifié. Chaque élève avait un carnet de santé, elle était vaccinée contre la diphtérie et la typhoïde, subissait une cuti-réaction à la tuberculine et un examen radiologique renouvelés au début de chaque année scolaire et était pesée tous les mois et visitée deux fois par an par le médecin. Toute élève fatiguée ou malade devait aussi en informer immédiatement la maîtresse sage-femme qui, seule, pouvait l'autoriser à ne pas effectuer son service ou ses études. Dans le cas échéant, elle la présentait à la visite médicale. En cas de nécessité, l'élève était soignée, sauf avis contraire des parents avisés par la direction, dans un service des hôpitaux aux frais de l'administration. La durée maximale de la gratuité des soins n'excédait pas trois mois.

Il faut noter que les écoles de sage-femme recevaient trois sortes d'élèves :

- 1 — les élèves libres qui acquittaient elles-mêmes le prix de pension ;
- 2 — les élèves boursières pour lesquelles le prix de pension était payé par les territoires de résidence ;
- 3 — les fonctionnaires qui devaient, avant leur entrée à l'école, demander leur mise en disponibilité et obtenir une bourse des territoires où elles étaient affectées.

Le régime de l'école restait l'internat. Toutefois, exceptionnellement, les élèves mariées pouvaient être dispensées par décision du Haut Commissaire. Les élèves avaient droit à une sortie de trente-six heures par semaine, par roulement. Celles majeures étaient libres aux heures de sortie. Elles pouvaient recevoir au parloir, tous les jours, aux heures de récréation, la visite de leurs parents, ou si elles étaient mineures, des personnes autorisées par leurs parents. Toutes les facultés étaient aussi données aux élèves pour l'accomplissement de leurs devoirs religieux.

Les élèves avaient en tout temps la mise la plus soignée possible. La plus grande propreté du corps et de la toilette était exigée. Chaque élève avait deux tenues ; une tenue blanche d'hôpital et une tenue d'études qui pouvait être en noire ou en couleur. Ainsi elles étaient obligatoirement dispensées de tout travail à la cuisine ou au réfectoire, et les monitrices prenaient leurs repas avec les élèves. Néanmoins, chaque élève faisait elle-même son lit.

C - Cadre et effectifs des sages-femmes d'État formées en métropole

Les bourses d'études étaient attribuées en fonction des besoins en fonctionnaires du territoire. En contrepartie de la faveur reçue, les boursières, au lieu de s'installer en France en fin de scolarité, s'engageaient à exercer un certain temps (six ans) leur activité dans le pays qui a financé leurs études¹. À leur retour, les sages-femmes diplômées d'État, appelées également "sages-femmes métropolitaines"², étaient intégrées et titularisées dans le cadre des infirmières et sages-femmes de la FOM. Si elles étaient déjà sages-femmes africaines, on les rayait de leur cadre d'origine. En conséquence, elles percevaient une rémunération plus importante que celles de leurs consœurs africaines.

Mais, des raisons politiques, administratives et sociales faisaient que le nombre d'élèves autorisés à partir étudier en métropole de 1949 à 1957 n'était pas important, d'après les données collectées qui ont fait l'objet de ces tableaux ci-dessous³ :

Tableau 14 : Nombre d'élèves autorisés à poursuivre leurs études en France pour l'obtention du diplôme d'État de 1949 à 1957

Années	Médecins	Pharmaciens	Sages-femmes
1951	10	2	8
1952	15	2	8
1953	15	2	15
1954	15	3	15
1955	15	3	15
1956	3	-	5
1957	-	-	13

Sages-femmes

Années	1949	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Promotions sortantes	2*	4	4	5	5	5	5	3
Anciennes promotions	-	4	4	10	10	10	-	10

En 1953, sur dix autorisées à concourir, une seule était admise. En 1955, elles étaient trois sur dix dont deux Sénégalaises. En effet, le ministre de la FOM fixait chaque année, par arrêté, le nombre de bourses réservées aux éventuelles candidates sages-femmes africains de la promotion sortante de l'EAMP dans l'ordre de classement de sortie et le nombre de bourses à mettre au concours entre les sages-femmes en service en AOF, en AEF, au Togo et au Cameroun.

Les deux premières sages-femmes diplômées d'État furent Magné Dieng et Khar Mané (*) qui avaient des bourses municipales en 1949. La première, fille d'un médecin africain, était sortie sage-femme africaine de la promotion de 1949, ce qui fait qu'elle n'avait

¹ Henri Labouret, *Colonisation, colonialisme et décolonisation*, Paris : Larose, 1952, p. 111.

² Interview de Pénére Niane née Diagne, le 29 juillet 2002 à son domicile, en face Place Soweto.

³ Ces données sont recueillies des journaux officiels de 1951 à 1957.

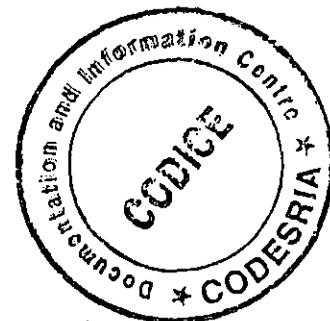
passé qu'une année d'études pour obtenir le diplôme d'État. Quant à Khar Mané, elle sortait directement du collège¹, par conséquent, il lui fallait faire trois années d'études pour obtenir le diplôme d'État.

À partir de 1956, avec l'institution d'un cours préparatoire au diplôme d'État, les élèves étaient libres de rester ou de partir en France. Ainsi, pour cette année, sept élèves seulement sur dix-neuf avaient accepté de rester et de former la première promotion de ce qui allait devenir l'École des sages-femmes d'État (ESFE) de Dakar. Ces élèves qui avaient choisi "d'honorer leur pays"² étaient Ramatoulaye Seck, Léna Diagne, Aïssatou Koné, Lydia D'Almeida, Hélène Carvalho, Thérèse Lô née Diaw et Fatou Niang³.

D'autres raisons de ces faibles effectifs étaient d'ordre social. En effet, certains parents pensaient que partir en France était le point de départ à la perdition, à la vie de misère. Selon Marie Touré Ngom, bien que partir en France était même un rêve puisque c'était bien "de posséder un diplôme d'État tout court, qui plus est obtenu en France", elle n'avait pas pu y aller : "ma mère me disait toujours, tout ce que tu ne peux pas avoir ici au Sénégal, tu ne l'auras pas ailleurs. Elle pensait que c'était de l'aventure, et comme par hasard, Dieu l'a entendue, (l'ESFE est créée à Dakar) et tout ce que j'ai eu comme formation, pour en arriver là où j'en suis, je l'ai eu ici avec quelques bribes de stages avec le CIE"⁴.

La situation matrimoniale intervenait également ; il est difficile pour une jeune fille mariée d'abandonner son foyer et, à cette époque certaines élèves l'étaient déjà ou se mariaient dès la fin de leurs études.

Mais les parents, en l'occurrence les mères de familles, au vu de ce qui se passait autour d'elles, n'avaient-elles pas raison de s'inquiéter du sort de leurs jeunes filles, à une période où "l'occidentalisation" favorisait "l'indépendance féminine"⁵ ! En effet, la colonisation et le développement de la ville, avaient entraîné une transformation profonde de la société et son pendant, une perte de certaines valeurs sociales traditionnelles. On avait une hiérarchie sociale où les Européens étaient classés en première ligne, suivaient ensuite la classe dite des "évolués" et celle composée par les ouvriers, les paysans, etc. qui se trouvaient au bas de cette stratification sociale. Les femmes fréquentant l'école faisaient partie de la classe des "évolués" et aspiraient à une vie semblable à celle de l'Européen. Ainsi, avides et souvent imbues des principes de modernité, les jeunes filles, inconscientes du reste, étaient prêtes à tout pour arriver à leur fin, d'autant plus qu'à cette époque, l'infirmière, la sage-femme ou la fille métisse sortie des orphelinats, constituaient les principales cibles du "Blanc d'Afrique"⁶. Par ailleurs, dans les archives, beaucoup de rapports font état de renvoi d'élèves pour cause de grossesse ou souvent d'indiscipline.



¹ Magné Dieng, entretien du 19 août 2002, Rue Nict, n° 7 Sicap Rue 10, Grand Dakar.

² Léna Fall Diagne, entretien du 22 juin 2002 à Ouakam.

³ JOAOF, Décision n° 7829 S.P. du Haut Commissaire de la République en AOF du 18 sept. 1956, portant en annexe la liste nominative des candidates admises au concours d'entrée dans les écoles de sages-femmes d'État (mois de juin 1956), p. 2025.

⁴ Marie Touré Ngom, *op. cit.*

⁵ C. Coquery-Vidrovitch, "Femmes africaines : histoire et développement", in : C. Becker, S. Mbaye et I. Thioub (éds.), *op. cit.*, p. 812.

⁶ Ousseynou Faye, "Les métis de la seconde génération, les enfants mal-aimées de la colonisation française en Afrique occidentale, 1895-1960", in : C. Becker, S. Mbaye et I. Thioub (éds.), *op. cit.*, p. 777.

Chapitre 2

Les sages-femmes d'État formées à Dakar

En 1956, il fut organisé en AOF, des études préparatoires au diplôme d'État de sage-femme¹ et l'année suivante, l'École des sages-femmes d'État fut ouverte à Dakar. Elle permit la formation sur place de ces dernières. Leur formation était de plus en plus adaptée aux réalités africaines. En 1968, le Centre d'enseignement supérieur en soins infirmiers (CESSI) fut créé pour la formation en enseignement et en administration des sages-femmes, infirmiers et assistants sociaux. Après l'indépendance, avec la "sénégalisation" des cadres, les sages-femmes du cadre de la FOM devaient choisir entre la fonction publique française et celle de leur pays.

A - L'institution d'un cours préparatoire

Le diplôme d'État de sage-femme était délivré aux candidates qui avaient suivi pendant trois années l'enseignement organisé par la loi du 17 mai 1943 modifiée, par la loi du 24 avril 1944 et subi avec succès les examens correspondant à chacun des trois cycles d'études dont se composait cet enseignement : une année d'études générales d'infirmières, trois semestres d'études obstétricales et un semestre d'études de puériculture.

Désormais, la formation des sages-femmes se faisait dans le contexte fédéral de l'Union française. Les conditions posées ne se limitaient plus uniquement aux élèves, mais s'étendaient également aux institutions chargées de leur formation.

Ainsi, "les écoles préparant au diplôme d'État de sage-femme devaient être préalablement agréées par le ministre de la FOM et le secrétaire d'État à la Santé publique et à la Population après avis du Conseil de perfectionnement"². L'agrément ainsi conféré, était à tout moment révocable. Il ne pouvait être accordé qu'aux écoles ayant un internat et installées à proximité immédiate d'une maternité comportant un nombre de lits en rapport avec le nombre des élèves. Ces conditions étaient réunies par l'École des sages-femmes africaines de Dakar qui fut ainsi agréée pour la préparation des candidates au diplôme d'État³. Cette école, dirigée par un docteur en médecine, gynécologue obstétricien qualifié, était placée sous la surveillance du directeur de la Santé publique de la FOM, assisté de représentants de la direction de l'enseignement. De la même manière, les établissements, services et institutions où les élèves effectuaient leur stage devaient être agréés par les mêmes autorités.

Le nombre maximum des élèves qui pouvaient suivre après concours l'enseignement théorique et pratique pour le diplôme d'État était fixé chaque année, pour chaque école, par arrêté de ces mêmes autorités, et après consultation du conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Pour se présenter au concours, il fallait être de sexe féminin et posséder la citoyenneté

¹ La première promotion de sages-femmes d'État avait "les mêmes cours et les mêmes sollicitations" que les sages-femmes africaines. Elles avaient le même chef de clinique, le professeur Paul Corrèa qui coiffait tout. Après, les cours se faisaient alternativement à l'Université ou à l'École des sages-femmes africaine. Cf. : Siga Sèye Coulibaly, entretien du 27 juillet 2002 à Liberté V villa n° 52644.

² JOAOF, Article 4 du décret n° 56-306 du 23 mars 1956 portant application dans les territoires de la France d'Outre-mer de la loi du 17 mai 1943, modifiée par la loi du 24 avril 1944, organisant les études préparatoires au diplôme d'État de sage-femme en France, p. 690. (Arrêté de promulgation n° 2201 S. E. T. du 11 avril 1956, p. 689). Les écoles agréées préparant au diplôme d'État de sages-femmes se trouvaient à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Bourg, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille (deux écoles), Limoges, et à Lyon. (JOAOF du 12 mars 1955, p. 470.)

³ Un arrêté ministériel en date du 21 mai 1957 agréait l'École des sages-femmes de Dakar pour la préparation au diplôme d'État.

française ou la citoyenneté de l'Union Française. L'âge limite d'admission au concours était toujours fixé à 18 ans, comme pour les sages-femmes africaines. Il fallait aussi subir, avant même de se présenter, une visite médicale comportant obligatoirement un examen pulmonaire effectué par un médecin phthisiologue qualifié. Les candidates devaient être en possession du brevet élémentaire de capacité de l'enseignement primaire, qui était désormais le sésame pour le diplôme d'État.

En même temps, les bases du recrutement étaient élargies¹ ; ainsi, les candidates titulaires de la première partie du baccalauréat ou du brevet supérieur de capacité de l'enseignement primaire ou du diplôme complémentaire d'études secondaires de jeunes filles, étaient dispensées de subir les épreuves du concours si leur nombre, au jour de la clôture des inscriptions, était égal ou inférieur, dans le centre où elles étaient inscrites, à la moitié du nombre de places mises au concours dans ce centre. Lorsque le nombre de candidates postulant pour la première ou la deuxième année d'études était supérieur à la moitié du nombre de places mises au concours, dans chacune de ces années, elles devaient subir les épreuves.

Des faveurs étaient accordées à certaines candidates ; celles qui étaient titulaires de la première partie du baccalauréat avaient une majoration de cinq points et celles qui avaient les deux parties du baccalauréat, le brevet supérieur de capacité de l'enseignement primaire ou le diplôme complémentaire d'études secondaires de jeunes filles, une majoration de dix points. Mais le nombre de bachelières, à cette époque, était infime et les filles qui possédaient le bac préféraient souvent continuer leurs études². Les sages-femmes candidates au brevet ou au bac pour passer le diplôme d'État étaient mises dans de bonnes conditions ; on les affectait dans des services permettant leur préparation.

Les épreuves du concours, uniquement écrites, étaient au nombre de trois : la composition française pour laquelle les candidates avaient le choix entre deux sujets dont l'un portait obligatoirement sur une question sociale ; et cela en rapport avec l'orientation de l'enseignement des sages-femmes vers la formation médico-sociale³, une dictée complétée par une explication de texte et des mots et une composition portant sur l'histoire naturelle élémentaire. Toutes ces épreuves étaient notées de 0 à 20. La note 5 en composition française, ainsi que dans l'épreuve de dictée et explication de texte et de mots, était éliminatoire. La note 0 l'était également pour la composition d'histoire naturelle.

Le jury⁴, après la correction des épreuves, établissait la liste, par ordre de mérite et dans la limite des places, des élèves reçues. Les candidates admises sans avoir subi les épreuves étaient classées en tête selon leur âge. Ainsi, les candidates titulaires des deux parties du baccalauréat ou du brevet supérieur étaient les premières. Dès que les affectations étaient faites, le directeur de l'école en avisait immédiatement les candidates. Si une élève ne se présentait pas à l'école au 1er octobre, elle était définitivement éliminée de tout concours ultérieur, sauf si elle pouvait prouver qu'elle était empêchée pour raison de maladie ou de cas de force majeure ou qu'elle était dans l'impossibilité d'en prévenir aussitôt son directeur. La décision définitive était prise par le ministre de la FOM.

¹ JOAOF, Article 4 du décret n° 56-306 du 23 mars 1956, *op. cit.*

² Ramatoulaye Seck, entretien du 8 oct. 2002 à Ouakam. Elle affirme qu'il n'y avait pas beaucoup de filles bachelières à l'époque : "c'est quand je faisais la seconde que j'avais passé l'examen comme ça, parce qu'on nous disait qu'avec le bac, les filles échouaient, on avait très peu de chance de passer. Donc il fallait chercher une filière où s'intégrer (et la plupart de mes camarades avaient aussi passé le concours d'entrée à l'École des sages-femmes d'État à ce niveau). Mais la plupart d'entre celles qui avaient le bac préféraient continuer au lieu d'aller faire l'école des sages-femmes". En 1960, sur 78 filles en classe de terminale aux lycées Van Vollenhoven et Faidherbe, il n'y avait que trois africaines (ANS, 2 G 60/ 16, p. 6).

³ V. deuxième partie, chapitre II (B).

⁴ Le jury du concours était constitué dans chaque centre par les Hauts Commissaires, Gouverneurs ou chefs de territoires. Il était présidé par la Recteur d'Académie ou la Directeur de l'Enseignement ou un inspecteur d'Académie délégué et comprenait obligatoirement comme vices présidents un représentant du Directeur de la Santé publique et le Directeur de l'École : article 4, paragraphe 3 de l'arrêté du 6 juillet 1956 promulguant en AOF le décret n° 56-605 du 14 juin 1956.

Les candidates qui, au moment où elles déposaient leurs dossiers, étaient soit titulaires du diplôme d'État d'infirmière ou d'assistante sociale, soit élèves de deuxième année en vue de ces diplômes, soit étudiantes en médecine munies de quatre inscriptions validées, demeuraient dispensées de la première année de scolarité. Elles ne pouvaient, toutefois, être affectées dans l'école en deuxième année que dans l'ordre du concours et dans la mesure du nombre des places disponibles dans les deux dernières années, dont elles complétaient ainsi l'effectif réglementaire. L'admission définitive des élèves était aussi conditionnée par un stage probatoire de trois mois effectué par les candidates ¹.

B - L'École des sages-femmes d'État de Dakar

Depuis 1951, année où l'École des infirmiers et infirmières d'État (EIIIE) de Dakar était organisée, le Grand Conseil de l'AOF avait demandé l'ouverture d'une ESFE pour la rentrée scolaire de la même année. Il renouvela ce vœu en 1953, puis le 29 juin 1954 ². Mais ce n'est qu'en 1957 qu'un arrêté, en date du 21 mai 1957, agréait l'École des sages-femmes (ESFE) de Dakar pour la préparation au diplôme d'État.

Encore, au vu des difficultés susmentionnées que rencontraient les élèves pour aller étudier en métropole, et devant le souci de les former sur place, l'ESFE fut créée et ouverte à Dakar par l'arrêté du 21 septembre 1957 du Haut Commissaire de République en AOF. Son organisation fut régie par l'arrêté du 8 janvier 1958 ³.

En ce qui concerne les modalités du concours d'entrée, cette école était encore régie par le décret n° 56-605 du 14 juin 1956, toujours en vigueur. Le règlement modèle du 22 juin 1956 aussi, lui était applicable. Mais, seules les candidates domiciliées en AOF et au Togo pouvaient être admises à concourir pour cette école, contrairement à l'EAMP devenue l'École des sages-femmes africaines qui accueillait les candidates de l'AOF, de l'AEF, du Cameroun et du Togo à partir de 1944. En 1957, des écoles de sages-femmes d'État étaient organisées dans d'autres territoires de l'AOF tels le Mali, la Côte d'Ivoire, etc.

Ce n'est qu'après les indépendances, et que la République du Sénégal se dotait de sa constitution, que l'ESFE de Dakar fut réorganisée par le décret du 3 avril 1962 ⁴. Cette réorganisation était plutôt administrative, puisqu'on n'observait aucun changement en ce qui concernait le recrutement, les dossiers de candidature (sauf la limite d'âge qui était ramenée de 18 à 27 ans), les épreuves du concours, la durée des études ainsi que les examens. Seulement, on assistait au retour de l'engagement décennal contre celui sexennal pour les "sages-femmes métropolitaines". Les candidates devaient ainsi s'engager à servir pendant dix ans consécutifs dans les cadres de la Santé publique dont cinq ans passés obligatoirement hors des chefs-lieux des régions administratives, en début de carrière. Cette période correspondait à l'extension de la PMI en zone rurale. En plus, rares étaient les sages-femmes qui acceptaient de servir en brousse du fait du sous-équipement et de la solitude. Certaines épousaient même des fonctionnaires pour ne pas y aller ⁵. C'est pour mettre fin à cette situation que le ministre de la Santé, Dembo Coly, menacé de destitution par le président Senghor ⁶, avait commencé à les affecter obligatoirement et sans consultation préalable, en brousse. En cas de non-respect de cet engagement, sauf pour raison de santé, l'intéressée était définitivement rayée des cadres de la Santé publique et tenue de rembourser les frais d'internat. Ainsi, furent affectées Marie Touré Ngom, alors "plus responsable que responsable" puisque étant Directrice de la section des

¹ JOAOF, Arrêté interministériel du 22 juin 1956, fixant le règlement modèle sur le régime intérieur des écoles de sages-femmes dans les territoires d'Outre-mer, p. 1367.

² J. R. De Benoist, *op. cit.*, p. 237.

³ JOAOF, Arrêté n° 130 END. du 8 janvier 1958 portant organisation de l'École des sages-femmes d'État de Dakar, p. 158.

⁴ JORS, Décret n° 62-013 MSAS du 3 avril 1962, pp. 666-668.

⁵ Pour Marie Touré Ngom, même s'il y avait peut-être un brin d'amour un peu, il y avait surtout l'intérêt que le fonctionnaire pouvait faire des démarches. C'est le cas de Fatou Diallo, qui évoquant les conditions de son affectation au Centre de Transfusion sanguine, reconnaît que c'était une faveur pour revenir à Dakar auprès de ses enfants, entretien du 17 juillet 2002 à Sicap Baobab, n° 930.

⁶ Marie Touré Ngom, *op. cit.*

infirmières sociales et Secrétaire générale de la Croix-Rouge, à Oussouye, Anna Guèye et Nafissatou Ndoye à Ziguinchor.

Avec la réorganisation de 1962, l'école relevait du ministère de la Santé et des Affaires sociales. Le fonctionnement était contrôlé par une commission administrative et un conseil de perfectionnement présidés par le Directeur de la Santé publique ¹.

Concernant la formation, une adaptation plus étroite aux programmes africains était recherchée, sans pour autant modifier la portée internationale du diplôme délivré ². Depuis 1956, les stages en milieu rural étaient inclus dans le cours normal des études, car les stages ultérieurs avaient pour effet de " transposer les habitudes prises dans un grand hôpital en habitudes pratiques pour un centre de soins rural " ³. Ces stages permettaient de mettre les élèves au contact des conditions de travail en brousse tout au long de leurs études. On évitait ainsi le "dépaysement" des jeunes diplômées se trouvant dans un petit centre rural, bien loin des conditions de travail des hôpitaux de Dakar.

C - Le cadre des sages-femmes d'État

Bien que le corps des sages-femmes d'État fût créé depuis 1949, leur cadre était organisé tardivement. En effet, ce n'est qu'après l'indépendance que le décret du 3 juillet 1963 groupait les fonctionnaires de la Santé publique dans un cadre unique composé de six corps : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, assistants sociaux, sages-femmes, infirmiers d'État, agents techniques médicaux et agents sanitaires ⁴. Les sages-femmes étaient en principe affectées dans les maternités et les services de PMI.

Avec l'organisation de 1963, il fut précisé que " L'accès du corps des sages-femmes est réservé aux candidats de sexe féminin " (article 30). Le recrutement du cadre se faisait par voie de concours direct et les candidates étaient admises à ne s'y présenter que trois fois. Leur corps comportait trois grades : sages-femmes adjointes, sages-femmes principales et sages-femmes principales de classe exceptionnelle. Chaque grade était divisé en échelons et au total, on en comptait onze. L'avancement d'échelon était fonction de l'ancienneté. Le temps à passer dans chaque échelon était fixé à deux ans, sauf en ce qui concernait le 4^e échelon du grade de sage-femme adjointe et le 3^e échelon du grade de sage-femme où il était d'un an.

Le grade de sage-femme adjointe comprenait quatre échelons. L'avancement avait lieu selon l'ancienneté et se faisait d'après la subordination établie de grade en grade et d'échelon en échelon. Pour ces sages-femmes d'État, il fallait une ancienneté minimum de douze ans pour accéder au grade de sage-femme principale de classe exceptionnelle. En effet, pouvaient être promues sages-femmes de 1^{er} échelon, les sages-femmes adjointes qui comptaient un an de services effectifs au 4^e échelon et quatre ans minimum dans le corps. Pouvait être sage-femme principale de 1^{er} échelon, la sage-femme qui comptait un an au 4^e échelon et huit ans minimum dans le corps dont quatre ans dans le grade de sage-femme. Et enfin pour atteindre l'ultime grade de sage-femme principale de classe exceptionnelle qui plafonnait leur

¹ La commission administrative était composée d'un représentant de l'Assemblée nationale, d'un représentant du ministre de l'Éducation nationale, d'un représentant du ministre de l'Enseignement technique et de la formation des cadres, d'un représentant du ministre des Finances, du directeur des Affaires sociales, du médecin-chef de la Région du Fleuve, du directeur de l'hôpital de Saint-Louis, du chef de la section des écoles du ministère de la Santé et des Affaires sociales et d'un représentant de la faculté mixte de médecine et de pharmacie, désigné par le doyen. Le directeur de l'école assistait aux réunions de la commission administrative avec voix consultative. Le conseil de perfectionnement qui était chargé de l'élaboration des programmes, de la distribution des cours, des stages et des mesures techniques, était constitué du Directeur de l'école, de quatre professeurs chargés de cours désignés par la Commission administrative et de la maîtresse sage-femme de l'école.

² République du Sénégal, *Plan quadriennal de développement*, 1961-64, p. 164.

³ CINAM et SERESA, *Rapport général sur les perspectives de développement du Sénégal*, juillet 1960, vol. 2, pp. 11-4 (10)-11-4 (11).

⁴ JORS, Décret n° 63-444 MFPT du 3 juillet 1963 portant statut particulier du cadre des fonctionnaires de la Santé publique, p. 1021.

carrière, les sages-femmes principales devaient compter deux ans de services au 3^e échelon et douze ans minimum dans le corps dont quatre ans dans le grade de sage-femme principale.

À partir de 1963, les fonctionnaires qui appartenaient au cadre général des médecins, pharmaciens et sages-femmes de l'AOF et au cadre général des sages-femmes d'Outre-mer, et dont les dossiers étaient gérés par le Ministère de la FOM, devaient choisir entre le cadre général et la fonction publique Sénégalaise. Celles ayant opté pour la nationalité sénégalaise démissionnaient du cadre général et intégraient le cadre des fonctionnaires de la Santé publique du Sénégal en conservant leurs ancienneté, grade et classe, ainsi que le montant de leurs soldes. Théoriquement, les intéressées devaient continuer à bénéficier éventuellement des indemnités compensatrices qui leur étaient accordées. Mais, en réalité, et à en entendre Fatou Diallo née Ly, elles ne bénéficiaient plus des avantages et privilèges tels les voyages, les primes de congé et certaines indemnités accordées par la fonction publique française. Ainsi, dit-elle, " la France nous avait piégé " ¹. Et, bien qu'il y eût une nette amélioration des indices de rémunération (de 150-270 à 646-1283), les soldes restaient encore dérisoires au point que les sages-femmes constituaient encore " la main-d'œuvre médicale à bon marché " ².

D - Le Centre d'enseignement supérieur en soins infirmiers (CESSI)

Le CESSI ³ fut créé à Dakar conformément à l'accord de base signé le 7 janvier 1967 entre le Gouvernement du Sénégal et l'OMS. Ce centre, à vocation interétatique, offrait la possibilité d'adapter les programmes aux conditions africaines. Il avait pour but de préparer à des fonctions de cadres, les sages-femmes, les infirmiers et infirmières et les assistants et assistantes sociaux déjà diplômés d'État. Les programmes respectifs d'enseignement et d'administration ⁴ étaient orientés en fonction de l'intérêt professionnel des candidats.

Pour être admises à concourir au CESSI, les candidates sages-femmes devaient être âgées de 23 à 35 ans et, bien évidemment, être titulaires du BEPC et du diplôme d'État. Elles devaient aussi justifier d'une expérience professionnelle de deux ans au moins, présenter un certificat de compétence professionnelle et d'aptitude aux fonctions de cadres et être admises au concours d'entrée. Là aussi, comme pour le concours d'entrée à l'ESFE, les bachelières avaient droit à une bonification de cinq points pour la première partie et dix points pour la deuxième partie. La demande d'admission devait indiquer les raisons qui incitaient la candidate à poursuivre un enseignement supérieur. Comme indemnités d'études, les étudiantes percevaient la rémunération afférente à l'indice qu'elles détenaient dans le cadre. En supplément, l'UNICEF accordait une indemnité aux étudiantes sénégalaises tandis que l'OMS accordait, sur demande, des indemnités aux étudiantes étrangères.

La création du CESSI apportait une autre dimension à la carrière professionnelle des sages-femmes. Il permettait non seulement de disposer de monitrices et de maîtresses sages-femmes officiellement formées (celles-ci, après le départ progressif des maîtresses sages-femmes européennes au lendemain de l'indépendance, étaient nommées par consensus), mais aussi de responsabiliser les cadres. Dorénavant, les monitrices sages-femmes participaient au Conseil d'enseignement sous la présidence du directeur de l'école pour l'évaluation et la révision des programmes d'études ainsi que la préparation des projets soumis au Conseil d'administration. Elles participaient aussi au Conseil de discipline. Les maîtresses sages-femmes assuraient la supervision de la qualité des soins obstétricaux, la formation continue du personnel et la formation des étudiants et élèves en stages cliniques, en l'occurrence les élèves

¹ Fatou Diallo née Ly, *op. cit.*

² Marie Touré Ngom, *op. cit.*

³ JORS, Décret n° 68-552 du 14 mai 1968 portant création et organisation du Centre d'enseignement supérieur en soins infirmiers de Dakar, p. 609.

⁴ Le programme comprenait des cours de culture générale, de sciences sociales, de pédagogie, d'administration, de Santé publique, de perfectionnement professionnel en soins infirmiers, obstétricaux et sociaux, des travaux pratiques individuels et en groupes, une initiation à la recherche avec présentation d'un mémoire, et des stages professionnels, pédagogiques et administratifs.

sages-femmes. Elles occupaient des postes de Directrices des Études, de Responsables de Départements d'Études ou de Chefs de Section dans les écoles publiques et privées de formation des personnels de santé. Elles dispensaient la formation théorique et pratique dans le domaine des soins obstétricaux et participaient activement à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes de formation initiale et continue des personnels de santé en général et des sages-femmes en particulier ¹.

Chapitre 3

Les nouvelles missions assignées aux sages-femmes d'État : l'apport des organismes d'assistance

Avec le développement de la PMI, aidée des organismes internationaux, l'action des sages-femmes d'État s'élargit. Celles-ci durent être polyvalentes dans leurs interventions en étant à la fois des accoucheuses, des éducatrices sociales, sanitaires et nutritionnelles. Ainsi participaient-elles au développement économique et social dans le contexte de la consolidation de l'indépendance et de la construction nationale du pays.

A - Les organismes d'assistance

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, on assistait à une phase de reconstruction dans tous les domaines : économique, politique et social. Congrès, colloques et conférences de dimension internationale se multipliaient pour trouver des portes de sortie de crise. Dès 1946, plusieurs organismes naissaient et se développaient. Mais, bien avant la guerre, on notait la présence en AOF d'autres organismes d'assistance tels la Croix-Rouge, la "Goutte de lait", le "Berceau Africain" qui avaient été très actifs dans la lutte contre la mortalité infantile et la protection de la mère et de l'enfance. L'œuvre des organismes internationaux a été décisive dans l'amplification du rôle des sages-femmes en influant sur leur formation, leur entretien et leur prise en charge, mais aussi, en participant à la construction d'édifices utiles pour leur enseignement et stage pratique, les permettant de pratiquer leur art dans de bonnes conditions.

1. Le Berceau africain et la Croix-Rouge

La paternité du "Berceau africain" revient à André Hesse, alors ministre des Colonies. Inquiet des ravages causés en AOF par la mortalité infantile, il convoquait à son cabinet les principaux représentants du commerce africain et leur demandait de créer une œuvre qui se donnerait pour tâche de sauver de la mort la petite enfance noire. Ce fut l'origine du "Berceau africain" qui, depuis, sous l'action impulsive de monsieur Le Cesne, président de l'Union coloniale et de la Compagnie française de l'AOF, n'avait cessé d'étendre de plus en plus son ombre protectrice, en contribuant à sauver les existences de milliers et des milliers de "tous petits" ². Le but de cette association était d'assurer dans les colonies françaises de l'AOF, la protection matérielle et morale des mères indigènes et de leurs nourrissons et de contribuer à leur donner les secours de toute nature dont ils peuvent avoir besoin.

¹ Bilal Coulibaly, *Rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Résolution WHA 49.1 sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux au Sénégal*, sept. 2000, p. 8.

² ANS, 1 H 102/ 163, Inspection générale des Services sanitaires et médicaux, 1932, pp. 2-3.

En 1952, la Croix-Rouge française comprenait en AOF treize comités ou sous-comités régulièrement constitués : Dakar, Thiès, Saint-Louis, Diourbel, Kaolack, Ziguinchor, Conakry, Abidjan, Bobo-Dioulasso, Porto-Novo, Bamako, Niamey, Lomé. Ces comités avaient organisé, selon leurs moyens et les besoins plus ou moins urgents, les œuvres qui s'adressaient, soit aux enfants, soit aux adultes déshérités ou dans le besoin. Les comités de la Croix-Rouge agissaient de concert avec les autorités coloniales qui soutenaient et contrôlaient leurs activités, celles-ci complétaient l'action des services administratifs à portée sociale et avaient toujours lieu en plein accord avec les dirigeants de ces services, notamment celui de la Santé publique. Les ressources financières des comités étaient constituées essentiellement par des cotisations et des dons recueillis auprès des particuliers, par les produits de manifestations charitables (soirées, dramatiques ou cinématographiques, bals, cocktails, kermesse, tombola etc.), et par des subventions du budget général, des budgets territoriaux et municipaux.

2. Le FIDES

Son rôle était de constituer dans le domaine économique et social, par un ensemble de mesures concrètes et cohérentes, l'armature indispensable pour que chaque territoire membre de l'Union Française atteigne son plein épanouissement. Ainsi, dès son premier plan quadriennal de développement, il fut question de la construction d'internats des élèves médecins et sages-femmes et celle de la maternité d'un nouveau groupe hospitalier, édifices indispensables pour de meilleures conditions d'études.

Il fut aussi retenu dans le plan décennal de 1946-1956 d'équipement et de modernisation du Service de santé du Sénégal, la construction des hôpitaux de Dakar se révélant de plus en plus insuffisants pour les besoins d'une population sans cesse accrue, les bâtiments devant être construits par priorité étaient destinés à la maternité et aux contagieux¹. Le montant s'élevait à 6 657,5 millions de francs CFA.

D'autres réalisations du FIDES concernaient la lutte anti-palustre, l'achat de matériel et de moyens de transport. Les crédits du FIDES permettaient de venir en aide aux budgets locaux pour l'achat du matériel nécessaire à l'équipement de nouvelles formations sanitaires. Le progrès social d'une part, et la technique moderne et les progrès médicaux d'autre part, exigeaient de façon particulièrement impérative le développement de l'infrastructure sanitaire.

Le FIDES envisageait également dans le plan de 1946-56, le logement du personnel de toutes catégories. En effet, selon le Directeur p. i. de la Santé publique du Sénégal, le médecin Woelffel, " le logement constitue un équipement de base indispensable. Il est vain en effet, de prévoir la création de nouvelles formations sanitaires ou l'extension et la modernisation des formations existantes si le personnel indispensable à leur fonctionnement et à leur rendement maximum ne peut bénéficier, dès sa mise en place, de toutes les commodités matérielles légitimes correspondant au progrès moderne et aux conditions de vie en climat tropical. Les logements équipés rationnellement en qualité et en quantité constituent une condition aussi essentielle au rendement du personnel que le salaire qui lui est consenti " ².

Tableau 15 : Budget d'investissement (FIDES) 1957-1958

Nature des opérations	Autorisation d'engagement	Crédits de paiement
Maternité de Thiès	<u>60 000 000</u> (Total = 56 000 000)	<u>24 214 800</u> (Total = 30 000 000)
Maternité de Ziguinchor	<u>50 000 000</u>	<u>25 000 000</u>
Centres de PMI	<u>3 000 000</u> (Total = 28 000 000)	<u>800 000</u> (Total = 18 000 000)
Total	59 000 000	54 214 000

Source : ANS, 2 G 57/ 95, p. 4.

¹ ANS, 1 H 131/ 163. Plan décennal FIDES des Services de Santé, 1946-1956, Le médecin général Peltier, DGSP à Monsieur le Haut-Commissaire de la République Française, le 31 mars 1949, p. 2.

² ANS, 1 H 131/ 163. Plan décennal de modernisation et d'équipement du Service de santé du Sénégal, le médecin lieutenant-colonel Woelffel, Directeur de la Santé publique p.i., Saint-Louis, le 6 décembre 1948, p. 5.

3. La Caisse de compensation des prestations familiales

Dès ses premières réunions, le conseil d'administration de la Caisse territoriale de compensation des prestations familiales du Sénégal avait marqué le désir de donner une large part au programme d'action sanitaire et sociale dans le cadre des dispositions prévues à l'arrêté 7683 du 29 décembre 1955 portant organisation et fonctionnement de la Caisse ¹. L'aide consistait quelquefois en une participation à des constructions de dispensaires ou de maternités et quelquefois au recrutement du personnel auxiliaire ou à la prise en charge de salaires du personnel qu'elle pouvait engager (médecins, sages-femmes, infirmières...). Pour le premier exercice, une valeur de 10 000 000 F avait été dégagée et utilisée au fur et à mesure en frais de fonctionnement dans les divers centres de PMI. La Caisse aidait également les sages-femmes dans leur rôle de propagande par l'attribution d'allocations en argent ou en nature aux femmes et enfants qui venaient régulièrement aux consultations. Son souci était d'éviter que les nombreuses visites médicales exigées par les textes ne deviennent des formalités uniquement administratives, mais qu'elles soient, au contraire, un moyen d'améliorer l'état sanitaire. Ainsi, le conseil d'administration envisageait une plus large participation dans ce domaine et pensait que l'effort serait plus utile s'il s'intégrait au plan d'équipement ; ainsi, 28 500 000 F a été inscrit au budget de 1956 pour la construction et l'aménagement de dispensaires ².

4. L'OMS et LE FISE

Dès sa création à la fin de la dernière Guerre mondiale, l'OMS inscrivait la protection des mères et des enfants en tête de ses préoccupations et rapidement, l'établissement d'un Fonds international de Secours à l'Enfance (FISE), puis celle du CIE traduisaient bien l'attention que l'organisation internationale entendait porter aux problèmes de l'enfance ³. Les ressources de ce fonds étaient utilisées au profit des enfants, adolescents, femmes enceintes et mères allaitantes. Le plus souvent, l'aide du FISE se faisait par l'intermédiaire des Gouvernements à qui il appartenait de formuler des demandes pour la mise en train de projets spéciaux telles la formation de personnel médical et socio-médical, l'assistance matérielle, la construction de formations sanitaires, etc.

Le service de santé souffrait généralement d'une pénurie de personnel liée d'une part, à l'insuffisance des moyens budgétaires, et d'autre part, aux difficultés de recrutement. C'est pourquoi, lors de sa troisième session en 1949 ⁴, " le comité mixte FISE-OMS des directives sanitaires ", en examinant les recommandations d'experts de l'hygiène maternelle et infantile, décida que le FISE s'occuperait de l'exécution de vastes programmes de formation professionnelle. Depuis lors, le fonds avait aidé à la formation de divers personnels ; sages-femmes, infirmiers, médecins auxiliaires, techniciens de l'assainissement etc. Concernant les sages-femmes, l'introduction des stages de travail à domicile dans l'enseignement avait fortement contribué à l'amélioration de ce genre d'accouchement. Il avait notamment livré du matériel à des centres de formation pour la PMI, à des écoles d'infirmiers et de sages-femmes, aux salles d'enseignement d'hôpitaux et aux cours destinés aux accoucheuses traditionnelles, lieux où les élèves acquièrent leurs diverses connaissances. En outre, il avait accordé des allocations d'études permettant de donner des "cours d'entretien," et d'autres "cours spéciaux" à des infirmières, infirmières-visiteuses et sages-femmes et le perfectionnement d'accoucheuses traditionnelles.

¹ ANS, 1 H 103/ 163, Caisse de Compensation des Prestations Familiales du Sénégal-Mauritanie, lettre n° 512 / D du Président du Conseil d'administration de la Caisse à Monsieur le Médecin Général, Directeur de la Santé Publique, Dakar, le 23 août 1956.

² ANS, 1 H 103/ 163, Caisse de Compensation des Prestations Familiales du Sénégal-Mauritanie, *op.cit.*

³ Jean Sénecal, "Problèmes actuels de la pédiatrie dans les pays en voie de développement, in : *L'Enfance en milieu tropical*, 52, 1968, p. 3.

⁴ ANS, 1 H 53/ 163, Les activités d'hygiène maternelle et infantile et la formation de personnel qualifié et de personnel auxiliaire, *op. cit.*

Toujours pour la formation d'un personnel polyvalent, un cours de pédiatrie sociale tropicale d'une durée d'une heure de deux mois dans lequel étaient largement traités les problèmes d'organisation des services, de formation et d'utilisation du personnel auxiliaire, était créé en 1956 pour les médecins. Il y avait aussi l'utilisation de jeunes filles comme "auxiliaires médico-sociales" et les sages-femmes se chargeaient de leur formation pratique. Les crédits alloués par le FISE s'élevaient environ à \$ 6 000 000 par an ¹.

Dans les années 1956-57, la primauté des investissements du fonds était accordée au développement du monde rural ; l'action proprement rurale en PMI était encore à réaliser en profondeur et se heurtait à la pénurie de médecins, de sages-femmes et d'infirmières.

B - La protection maternelle et infantile (PMI)

L'œuvre de protection maternelle et infantile était une constante dans la politique sanitaire de la France. C'est une action " essentiellement préventive qui a pour but de veiller contre la mortalité infantile, de diminuer la morbidité de la mère et de l'enfant et d'assurer à ce dernier un développement aussi satisfaisant que possible " ².

La mère et l'enfant constituent les éléments les plus vulnérables de la population et il est important de les protéger en vue d'élever le niveau de santé et de bien-être de la collectivité. Dans ce dessein, il faut se préoccuper à la fois du mode de vie général d'une population et des mesures spéciales destinées à prévenir ou à guérir les malades, les anomalies et les carences alimentaires qui mettent en péril la vie et le bien-être de ce groupe humain. En effet, l'état de santé d'une femme enceinte est la résultante d'une série de facteurs qui ont influé sur toute sa vie jusqu'à ce moment. Si elle a souffert ou souffre de malnutrition, de tuberculose ou d'anémie, cette situation retentit non seulement sur sa propre santé, mais aussi sur celle de l'enfant qu'elle porte et sur la société car deux vies sont maintenant en jeu. C'est aussi pendant l'enfance que les chances sont les plus favorables à l'application des mesures préventives et à l'amélioration de la santé pour une activité éducative. C'est pourquoi, lors de la session du comité mixte FISE-OMS de 1957, l'objectif de "l'hygiène maternelle et infantile" était d'une part de sauvegarder la santé des femmes au cours de la grossesse et pendant l'allaitement, leur apprendre les soins à donner aux enfants, leur permettre d'accoucher normalement et de donner le jour à des enfants sains ; d'autre part faire de sorte que, dans toute la mesure du possible, chaque enfant vive et grandisse dans un foyer familial, qu'il se sente à l'aise, et en sécurité dans un cadre sain, qu'il soit nourri convenablement, que l'on veille sur sa santé en lui assurant notamment les soins médicaux nécessaires, et qu'on lui inculque les indispensables notions d'hygiène de vie ³.

Pour réaliser cet objectif, il fallut donc obligatoirement passer par les trois étapes fondamentales de la PMI que sont la protection prénatale, la protection lors de l'accouchement et la protection postnatale qui constituent, pour ainsi dire, le domaine d'intervention directe des sages-femmes.

1. Les mesures administratives

Les autorités administratives et sanitaires n'ont cessé d'encourager cette œuvre de PMI par différents procédés. Depuis longtemps, des primes ou allocations alimentaires étaient données aux femmes et enfants fréquentant régulièrement les consultations. En effet, cette façon de procéder constituait un moyen de propagande très efficace pour les attirer.

Constatant que les femmes salariées ⁴ pouvant bénéficier d'allocations familiales

¹ ANS, 1 H 103/ 163, Organisation de la PMI dans les territoires, *op. cit.*

² René Labusquière, *Santé rurale et médecine préventive en Afrique. Stratégies à opposer aux principales affections*, Paris, 1974, p. 365.

³ ANS, 1 H 53/ 163, Les activités d'hygiène maternelle et infantile et la formation de personnel qualifié et de personnel auxiliaire : Revue de la situation, étude présentée à la deuxième session du comité mixte FISE-OMS des directives sanitaires, les 2 et 3 mai 1957, pp. 3-4.

⁴ La femme noire s'emploie très peu dehors comme salarié. On en rencontre quelques-unes dans des services publics, dactylographes dans des bureaux (Sénégal), aide-infirmière ou femme de charge dans une formation sanitaire. D'autres, depuis peu, sont attirées vers le métier de sage-femme. Elles ne représentent pour l'ensemble

restaient l'exception à côté de l'immense majorité de celles qui, à la campagne comme à la ville, n'étaient sollicitées que par les travaux familiaux, le Gouverneur général Brévié pensait qu'il était malaisé de procéder partout par disposition réglementaire, et suggérait d'user de moyens financiers, de patience, de persévérance et de conviction. Malgré tout, la loi française assimilant à des malades, les femmes enceintes ou en couches, et donnant à celles qui sont privées de ressources matérielles suffisant le droit aux soins médicaux, était appliquée en AOF dans toutes les mesures compatibles avec les mœurs et coutumes locales. Toutes les mères africaines pouvaient désormais bénéficier de la totalité des dispositions de la législation qui réglementait le PMI en France. Ces dispositions apportaient en fait comme nouveauté la généralisation des allocations familiales.

En 1955, un projet d'allocations familiales prévoyait qu'un certain nombre de visites médicales étaient obligatoires pour la femme enceinte et l'enfant jusqu'à l'âge scolaire. Il faut noter qu'à partir de ce moment, le but des allocations n'était plus de développer une natalité élevée, mais bien de protéger l'enfant frappé jusqu'alors d'une mortalité de 150 à 300 ‰ (mortalité fœto-infantile) et de lui assurer un meilleur développement grâce à une surveillance régulière.

Avec le système des allocations familiales qui permettaient de lutter contre la mortalité et la mortinatalité infantile on a noté une amélioration du nombre de femmes fréquentant les maternités en 1955 : 16 000 accouchements par an étaient pratiqués à Dakar, soit environ 10 000 femmes de salariés, chacune devant subir trois examens ; ceci représentait 30 000 pour 250 jours ouvrables, soit 120 visites par jour. Et il y avait même certaines femmes qui venaient à la consultation non pas aux dates précises des 3e, 6e et 8e mois, mais tous les quinze jours¹.

2. L'intervention des sages-femmes d'État

Avec l'appui de l'Organisme de recherche pour l'Alimentation et la Nutrition africaines (ORANA), les sages-femmes participaient à l'éducation nutritionnelle des populations. Le but de cette éducation était de valoriser et diversifier l'alimentation de l'enfant et parfois de la mère et de la femme enceinte. En effet, on avait observé que " le danger réel était le passage de l'alimentation traditionnelle à l'alimentation de type européenne que l'on pouvait comparer grosso modo à la période du sevrage du nourrisson africain (v. schéma pont de Géliffe, tableau des trois groupes d'aliments, etc.). Les fautes et déséquilibres alimentaires s'observaient surtout dans les milieux demi "évolués", détribalisés (sic), urbanisés ou en vue d'urbanisation, dans les collectivités coupées de tout contact avec la nature où l'on assistait à l'abandon d'une partie parfois essentielle du régime traditionnel de production locale en faveur des produits d'importation tels le riz blanchi, la farine de blé, le pain blanc, les conserves, l'alcool... " ².

La malnutrition protéique ou *kwashiorkor* (mot Ashanti qui signifie naître pour partir³), observée dans les milieux pauvres des grandes villes et les banlieues, atteignait des taux de 20 ‰ des enfants entre six mois et trois ans, dont 10 ‰ de forme grave à Dakar⁴. Ce syndrome était le reflet de la pauvreté et de la désadaptation autant que de l'ignorance. À part le *kwashiorkor*, on note d'autres formes de malnutrition plus ou moins aiguës que sont la sous-nutrition qui atteignait les enfants d'âge préscolaire et scolaire, les avitaminoses liées au problème de l'eau, le goitre très répandu, causé par une carence en sel minéral...

que quelques unités, les femmes métisses étant beaucoup plus nombreuses à occuper ces emplois qu'elles abandonnent d'ailleurs assez facilement une fois mariées. (Cf. : ANS, 1 H 102/ 163, Lettre n° 223/ SE-9 du Gouverneur général de l'AOF à Monsieur le Ministre des colonies, avril 1935.) En 1955, sur une population féminine de 55 536 domiciliée à Dakar, 51 554 étaient sans profession, 3 155 avaient un emploi permanent, 260 un emploi temporaire et 236 étaient sans emploi. Cf. : Marc Sankalé, *Médecins et actions sanitaires en Afrique Noire*, Présence Africaine, 1969, p. 86.

¹ ANS, 1 H 103/ 163, Protection maternelle et infantile et allocations familiales : Lettre n° 394 du professeur Sénécal à Monsieur le Directeur de la Santé Publique, le 27 décembre 1955.

² ANS, 1 H 50/ 163, Séminaire sur l'éducation sanitaire en Afrique (du 25 au 30 mars 1957), l'éducation alimentaire en AOF par le docteur A. Raoult, directeur de l'ORANA.

³ Marie Touré Ngom, *op. cit.*

⁴ Marc Sankalé et Pierre Pène, *op. cit.*

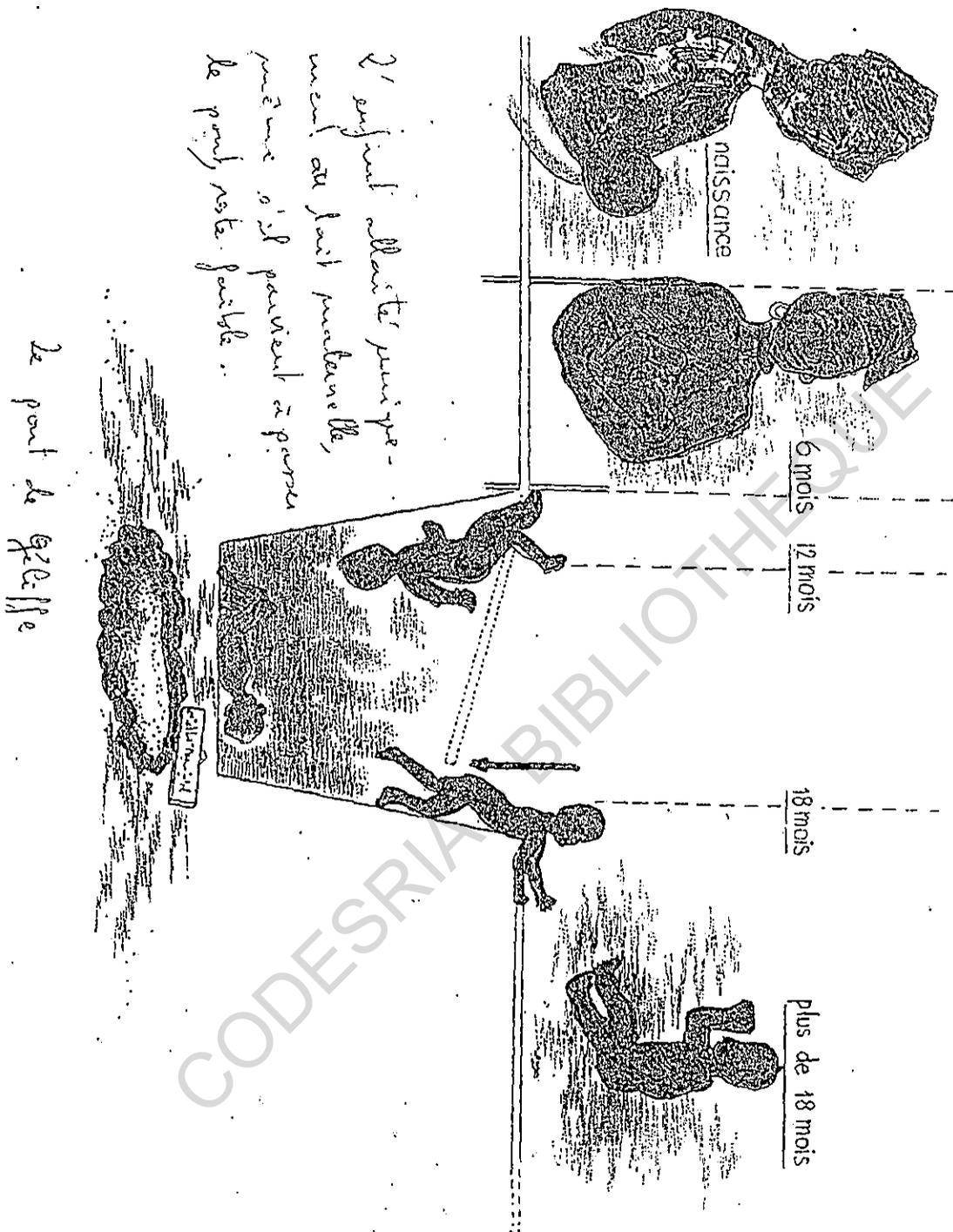


Figure 2 :
Le pont de Géliffe



KWASHIORKOR
is a malnutrition disease which children get

Figure 3 :
Enfant atteint du kwashiorkor

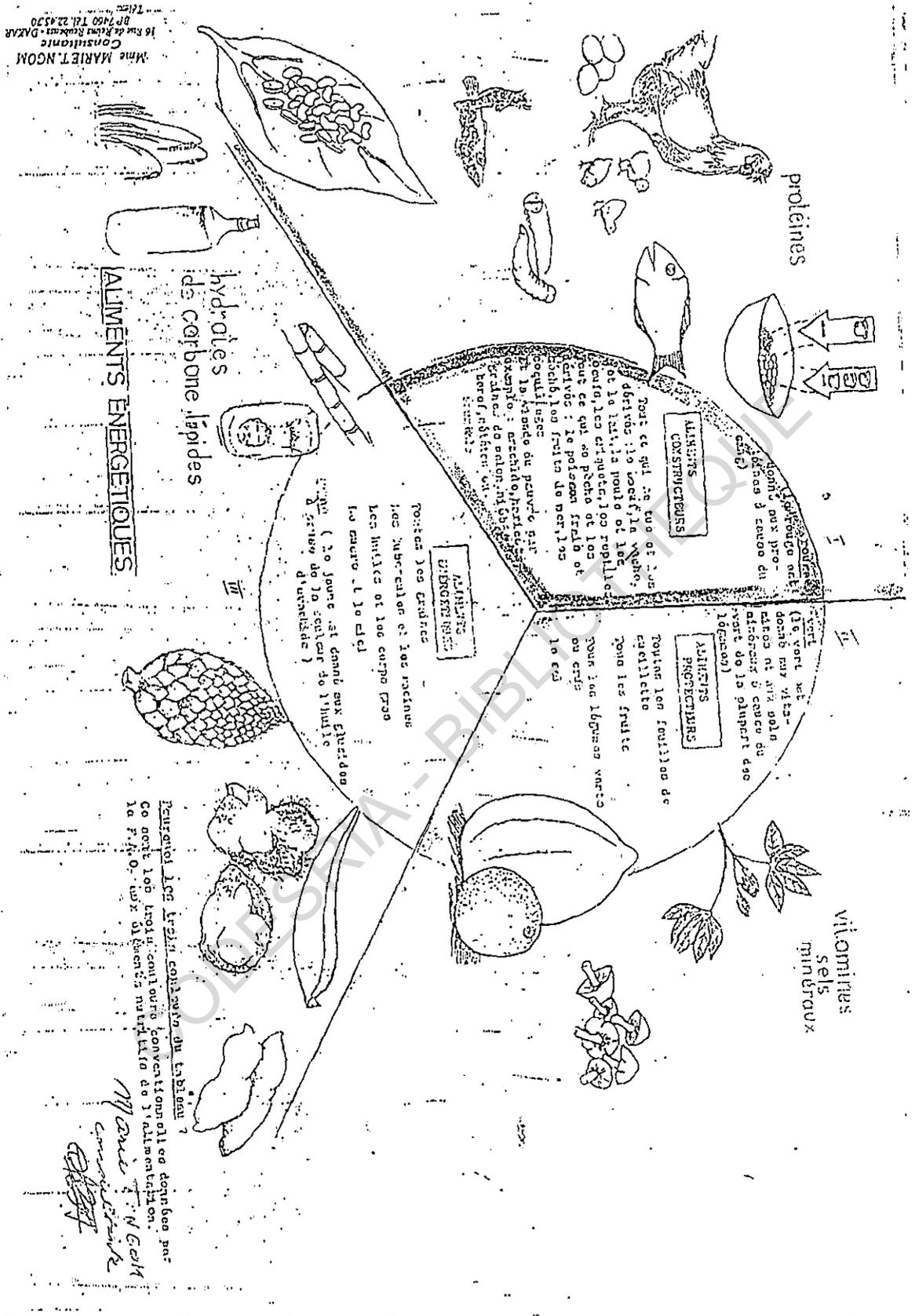


Figure 4 :
Tableau des trois groupes d'aliments

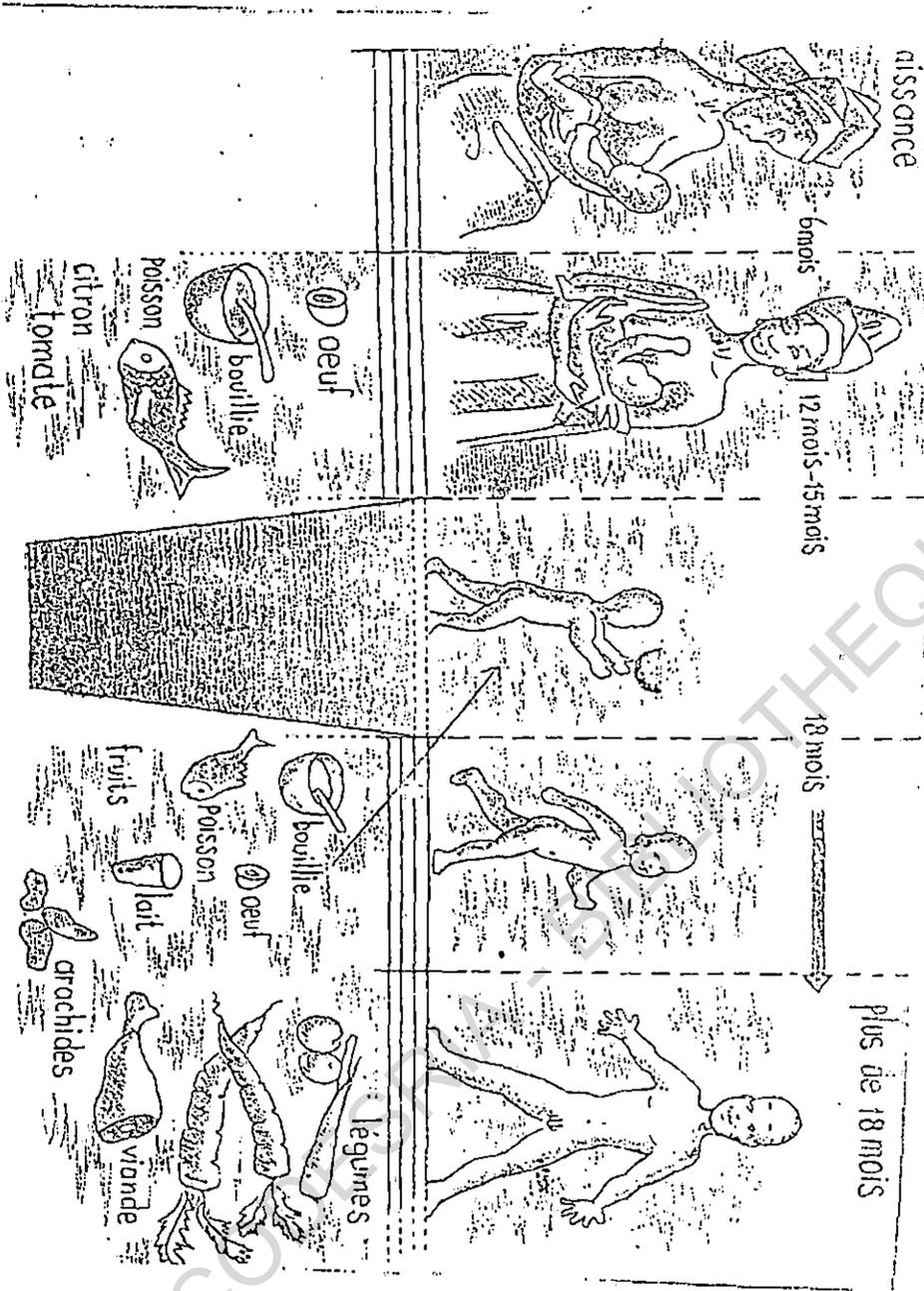


Figure 5 :
Conduite d'une bonne alimentation

L'enfant dont l'alimentation est améliorée avec les aliments constructeurs, les aliments protecteurs et les aliments protidiques passe facilement le pont et il est satisfait de son sort.

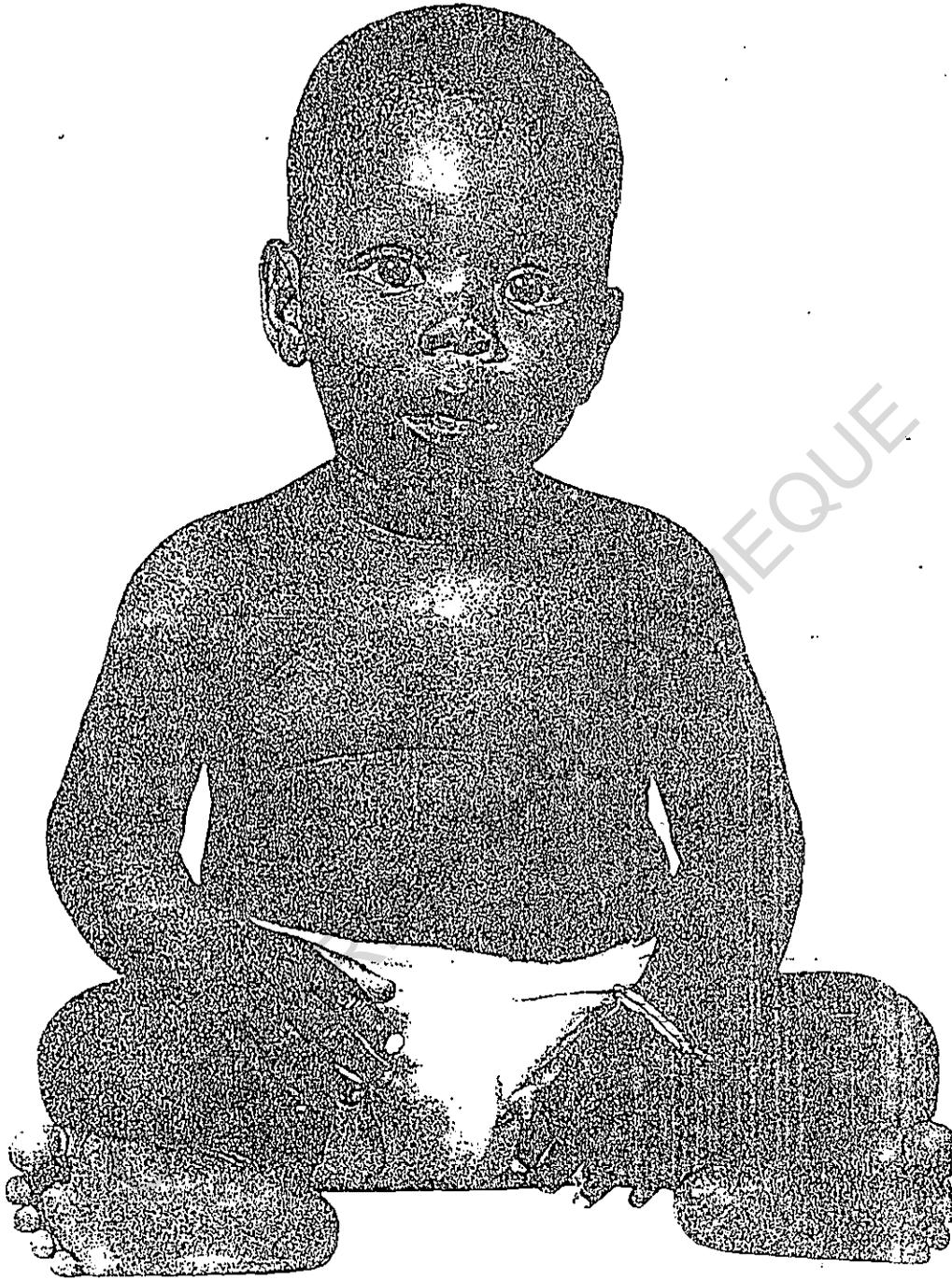


Figure 6 :
Enfant bien portant

Compte tenu de l'importance des taux de mortalité due à la malnutrition ou à la sous-alimentation, les sages-femmes qui étaient en contact direct avec la masse des populations, recevaient une formation en nutrition à l'hôpital par un soin particulier apporté à la diététique. Ainsi, il leur revenait de faire l'éducation nutritionnelle, surtout dans les maternités isolées et dans les dispensaires de brousse où les familles des malades faisaient elles-mêmes la cuisine, assurant ainsi la promotion d'une alimentation locale. Un effort était fait par l'ORANA pour la fourniture de produits alimentaires qui étaient incorporés aux menus habituels des produits complémentaires, pour améliorer les cuisines et tenter une éducation culinaire¹. Cette éducation avait présidé à l'installation de la case qui se trouve encore à la maternité Le Dantec.

L'éducation consistait donc à inciter la femme au mieux-vivre, en investissant les sommes dont elle pouvait disposer et son capital travail, d'abord dans l'instrument qu'était son propre organisme, et non seulement dans un troupeau improductif, mais dans une alimentation de son propre enfant. Il fallait lui apprendre à conserver certaines habitudes alimentaires ancestrales puisqu'il en était beaucoup qui étaient excellentes et lui préparer à admettre des aliments nouveaux, mais surtout lui éviter de mal copier, par un "snobisme ridicule", les mœurs alimentaires européennes, de prendre parmi les habitudes nouvelles les plus mauvaises. Il fallait faire comprendre que "l'enfant atteint du redoutable *kwashiorkor* n'est pas un enfant maudit, mais seulement qu'il lui manque de protéines aisément assimilables et que le lait, la viande, le poisson et les œufs doivent lui être réservé en priorité lorsque le sein s'épuise"².

Cette éducation nutritionnelle se faisait parallèlement avec l'éducation sanitaire qui était alliée à la "propagande sanitaire" (entendons la médecine curative qui a fait disparaître la peste et la fièvre jaune, jugulé la maladie du sommeil, reculé le paludisme, rempli nos salles de d'hôpital et de maternité³. En effet, la syphilis continuait d'être la grande cause des avortements. À Dakar, une étude de Sénécal et d'Anella donnait en 1952, 896 avortements (6,5 %) contre 12 631 grossesses à terme (98 %) et 611 morts nées (4,5 %) ⁴. Les infections génitales, vénériennes ou puerpérales faisaient également des ravages surtout dans le milieu rural : 31 762 gonococcies et 2 549 chancres mous en 1956. Elles provoquaient d'une part les rétrécissements urétraux que complique souvent une rétention d'urine ou une infection urinaire, d'autre part, ce qui est plus grave, les stérilités ⁵. De son côté, la mortalité maternelle atteignait jusqu'à 7 % dans certaines régions démunies de toutes formations sanitaires, par suite d'infections pré ou postnatales ou d'accidents au cours de l'accouchement ⁶.

L'éducation sanitaire portait également sur la lutte contre les maladies respiratoires, les infections digestives, le paludisme, les parasitoses intestinales... Cette éducation, supposant en échange de l'apport gratuit, "le consentement de l'homme, du chef de famille et plus encore celui de la femme", ne se faisait pas sans difficulté. Des réticences étaient manifestées par certaines femmes qui craignaient pour leurs bébés "les réactions parfois vives ou le stigmate cicatriciel" de la vaccination antivarioloamaryl, d'autres craignaient la vaccination antituberculeuse du BCG, alors qu'elle était le moyen de lutte "le plus logique et sans doute de beaucoup le plus efficace". Ainsi, on cherchait à ce que la collaboration de la population au relèvement de leur niveau de vie ne soit pas "passive", mais une "participation active" qui évitait un gaspillage d'efforts et d'argent, et suppléait à l'insuffisance des moyens. De ce fait, les femmes, considérées comme des "groupes de diffusion" en constituaient les principales cibles. Selon le Rapport général sur les perspectives de développement de 1960, elles réunissaient des facteurs très positifs pour le développement ; elles sont animées "d'une ouverture réelle aux innovations et au progrès, en particulier en ce qui concerne les enfants (et

¹ ANS, 1 H 50/ 163, Séminaire sur l'éducation sanitaire en Afrique (du 25 au 30 mars 1957), l'éducation alimentaire en AOF par le docteur A. Raoult, directeur de l'ORANA.

² ANS, 1 H 50/ 163, Nécessité et difficulté d'éducation sanitaire

³ *Idem*.

⁴ Marc Sankalé et Pierre Pène, *op. cit.*

⁵ *Idem*.

⁶ René Labusquière, *op. cit.*, p. 365.

d'un sentiment profond de la nécessité de l'amélioration de leur condition ménagère, (elles ont) l'habitude de la discipline et du travail, le courage et le dynamisme interne, (et le) sens de l'hospitalité, malgré des formes et des structures sociales de soumission à l'homme" ¹.

En dehors de l'éducation nutritionnelle et sanitaire, les sages-femmes jouaient souvent le rôle d'agent d'état civil dans certains milieux ruraux. Elles étaient considérées comme les plus aptes à qui les femmes répondent avec le plus de véracité lorsqu'on les questionne sur leur fécondité ². L'interrogatoire apparaissait à ces dernières comme de caractère médical et fait dans son propre intérêt. Elle portait sur les naissances qui se sont produites, le nombre d'enfants vivants ou morts nés, etc. Les renseignements recueillis permettaient de disposer d'informations sur la mortalité infantile, sur la fécondité sans être gêné par les tabous relatifs aux décès si elle était conduite par le personnel de santé.

3. Le centre de PMI de Khombole

Le développement des activités préventives, sanitaires et sociales faisait l'objet essentiel d'un plan d'extension de la PMI au Sénégal. Ce projet sollicitait aussi le concours des matrones et la construction dans chacun des centres tertiaires d'une maternité. Le nombre total de mères et d'enfants pouvant bénéficier de ce projet était estimé à 5 00 000. Khombole était choisi comme site devant abriter le centre pilote de PMI en zone rurale du fait de son accès relativement facile et sa proximité de Dakar. C'est une petite communauté située à 20 km de Thiès.

Le but de la création (en 1957) de ce centre était d'étudier les conditions d'application de la médecine sociale dans une zone de "brousse" et d'offrir la possibilité de stage fructueux au personnel médical et paramédical venant d'AOF et des territoires étrangers. En fonction de son caractère international et de sa mission d'enseignement, ce centre pilote était rattaché à l'enseignement supérieur comme centre d'application de l'École de Médecine ³.

Ce centre bénéficiait d'une subvention de 6 000 000 F du FIDES ; ce fonds prévoyait également la construction de locaux pour le personnel et les stagiaires. Les crédits du CIE avaient permis d'engager deux assistantes, provisoirement en stage au centre de PMI de Dakar avant même l'ouverture du centre.

Autre particularité de ce centre était la formation des matrones. "Au moment du démarrage du programme de Santé publique, la situation sanitaire de la région d'expérience se présentait ainsi : les 200 villages situés en dehors de Khombole ne disposaient que de deux infirmiers, chaque infirmier en avait donc approximativement la charge de 100 villages. Les contraintes dans la formation et dans la mise en fonction du personnel, liées aux problèmes de ressources budgétaires limitées, faisaient que les populations rurales ne pouvaient avoir recours qu'aux matrones traditionnelles. Ainsi, il était jugé utile et peu onéreux de transformer les accoucheuses traditionnelles en collaboratrices des services de santé conventionnels et de les associer à une protection maternelle et infantile dont la tâche première était l'enrayement du tétanos néo-natal" ⁴, affection qui faisait encore plusieurs victimes en milieu rural.

Le recours à ces matrones permettait d'autre part de disposer d'un "corps paramédical qui accepte de vivre et de rester en brousse, ce qui n'était pas toujours facile avec les sages-femmes". À cette période, la formation des matrones se faisait avec plus de rigueur ; elles étaient soumises à un recyclage de huit jours en cas de faute sérieuse constatée par le personnel de supervision. Leur formation portait d'abord et essentiellement sur des règles d'asepsie en vue de réduire les cas de tétanos. Néanmoins, pour cette génération de matrone, elle était plus élargie, en fait s'y ajoutaient quelques cours d'éducation sanitaire, nutritionnelle et même de puériculture, ce qui permettait à celles plus actives de continuer leur action jusqu'à la fin du sevrage correct et quelquefois par la surveillance des enfants jusqu'à l'âge de cinq ans. Il y était

¹ CINAM et SERESA, *op. cit.*, p. 11-3 (38).

² ANS, 1 H 50/ 163, Rapport du colloque sur les statistiques démographiques et sanitaires tenu à Brazzaville du 19 au 24 novembre 1956, pp. 22-23.

³ ANS, 1 H 103/ 163, Lettre de Jean Sénécal à Monsieur le Gouverneur du Sénégal, Dakar, le 12 août 1956.

⁴ Ibrahima Fall, "Matrones et maternités en milieux rurales au Sénégal", in : *Les carnets de l'Enfance*, n° 28, oct.-déc. 1974, pp. 18-19.

inclus quelques activités prénatales simples qui étaient à leur portée, tel que le diagnostic de signe de grossesse mal placée. Leur indemnisation variait d'une région à l'autre ; à Touba-Toul, elles ne percevaient que 350 F¹ tandis que l'UNICEF pouvait octroyer des indemnités de 5 000 F après stage.

Après leur stage, une trousse ou boîte d'accouchement leur était offerte par l'UNICEF également, contenant un minimum d'objets particuliers très simples, adaptés à leurs capacités techniques et peu coûteux.

Dans la zone couverte par l'expérience², les enquêtes statistiques et cliniques avaient révélé que le taux de mortalité néo-natale, c'est-à-dire, moins d'un mois après la naissance, qui était de 70 ‰, était tombé à 35 ‰ par la seule suppression du tétanos ombilical, et parmi 1 180 nouveau-nés, on n'avait enregistré qu'un seul cas de tétanos. En même temps, en milieu hospitalier, à Dakar le traitement du tétanos se faisait par la sérothérapie et la prévention par la vaccination de la femme enceinte, méthodes qui ne pouvaient être pratiquées que sur une toute petite échelle, étant donné leur coût et les difficultés qu'il y avait à toucher toutes les personnes intéressées.

C - Les statistiques

Comme pour les précédentes périodes, le Service de santé continuait de souffrir du manque de sages-femmes et d'infrastructures malgré les efforts des organismes d'assistance. En 1957, un plan d'opération sur fonds OMS et FIDES prévoyait l'extension des services de PMI dont le centre pilote a été créé à Dakar en 1953. Ce plan prévoyait l'érection du centre de PMI de Dakar en "centre principal", auréolé de cinq autres centres dits secondaires implantés dans les banlieues environnantes. Il était aussi prévu des "centres secondaires", au nombre de sept, dans les agglomérations les plus importantes du Sénégal et d'équiper les formations sanitaires de soixante-huit autres agglomérations du Sénégal, créant ainsi autant de "centres tertiaires" de PMI. La réalisation de ce projet permettait de doter d'un réseau de centres de PMI toute l'étendue du territoire du Sénégal (v. tableau 16, page suivante). Les activités étaient coordonnées par un médecin-chef de la PMI et un poste d'assistance sociale en chef était créé.

Le budget de la santé était insuffisant, en 1960, il s'élevait à 1 567 164 000 F soit 8,21 % du budget du Sénégal (19 093 483 000 F)³. De 1956 à 1959, l'effectif des sages-femmes était resté à 64. Ce n'est qu'en 1960 qu'il accédait à 103, et de 1962 à 1968, on enregistrerait une hausse sensible de 125 à 217. En 1966 des professionnels à l'instar des docteurs Iba Mar Diop, Marc Sankalé et Ibrahima Wone, soulignaient que, "les options les plus rationnelles, les programmes les plus ambitieux comme l'infrastructure la plus dense, ne sont qu'illusion et sont voués à l'inefficacité sans des cadres nationaux suffisamment nombreux et qualifiés. Ceux-ci restent des rouages irremplaçables de toute action sanitaire et partant, de toute action de développement"⁴. En plus du budget insuffisant, les jeunes filles manifestaient peu d'attrance pour les professions médico-sociales. Elles préféraient souvent le métier de dactylographe qui permettait de gagner autant d'argent⁵ que celui de sages-femmes et mettaient à l'abri des honoraires fatigants exigés dans les hôpitaux ou de l'isolement dans les

¹ M. M. Diabaté, à Touba-Toul on accouche pour 350 francs CFA, in : *L'Observateur africain*, 130, mai 1976.

² La zone de Khombole polarisait en 1970 une population de 45 200 habitants pour une superficie de 552 km². L'infrastructure sanitaire comportait sous l'autorité d'un médecin-chef, quatre dispensaires, un pavillon d'hospitalisation de 23 lits, une maternité de 20 lits ; y étaient affectés une sage-femme, deux infirmiers, quatre agents sanitaires et des manœuvres. Parmi le personnel, la matrone était un élément de choix : 182 matrones ont été formées dans l'arrondissement. Elles concouraient à l'œuvre de protection maternelle et infantile. Cf. Ibrahima Fall, *op. cit.*

³ ANS, 2 G 60/ 3, p. 5.

⁴ M. Sankalé, H. Bâ, I. M. Diop et I. Wone, "Les problèmes de la formation des cadres médicaux professionnels au Sénégal", in : *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique noire de langue française*, XI, 4, 1966, p. 814.

⁵ Un exemple est donné par une sage-femme. Celle-ci avait une amie qui était secrétaire dans un cabinet ministériel ; sans le BEPC, elle percevait un salaire de 70 000 F alors qu'elle, après trois années d'études après ce diplôme, ne percevait que 31 000 F en 1960. Marie Victoire Gomis, entretien du 25 septembre 2001 à Fann Hock.

postes de brousse et qui causait moins le problème de la conscience professionnelle. Plusieurs solutions furent proposées pour pallier le manque de sages-femmes, parmi celles-ci, la revalorisation de la profession afin d'attirer les jeunes par l'attribution d'un traitement conséquent face aux exigences des horaires pénibles. Le tableau 17 montre l'évolution du nombre de sages-femmes et de maternités de 1960 à 1968.

Cet effectif était inégalement réparti sur l'ensemble du Sénégal : en 1962, sur un nombre de 125, 63 étaient au Cap-Vert. Cela correspondait à un encadrement national d'une sage-femme pour 6 036 femmes en âge de procréer (15 à 45 ans), 1 pour 1 744 au Cap-Vert et 1 pour 10 397 dans les autres régions¹. Pourtant, dans le Rapport général sur les perspectives de développement de 1960, pour une répartition plus équitable du personnel, il fut recommandé de favoriser les sages-femmes exerçant en brousse par rapport à celles travaillant en ville en leur accordant des indemnités de résidence et des avantages matériels, mais surtout, d'imposer à toute jeune diplômée de servir en brousse pendant cinq ans avant de pouvoir prétendre à un secteur plus favorisé², ce qui fut appliqué par le ministre Dembo Coly.

Tableau 16 : Réseau public de PMI au Sénégal en 1959

Centre Principal	Centres Primaires		Centres Indépendants	
Dakar		Saint-Louis		Kédougou
		Kaolack		Bakel
		Thiès		Matam
		Ziguinchor		Podor
		Rufisque		Dagana
		Diourbel		Richard-Toll
		Louga		Linguère
		Pikine		-
		Khombole		-
	Tambacounda		-	
Centres Primaires		Centres Secondaires Correspondants		
	Avec Sages-femmes		Avec Infirmiers	
Bas Sénégal (Saint-Louis)			Gandiol Rao	Rosse-Béthio N'Fal
Diourbel	Bembey	Mbacké	Baba-garage Doulou N'dondol	Galgou N'dank
Kaolack	Kaffrine Foudiougne Fatick Guinguinéo	Kounguel Sokone Nioro Gossas		
Louga	Kébémér		Coki Guéoul N'Dande	Sakel Darou Mousti Sagatta
Thiès	Tivaouane Mont-Rolland Pout	Mékhé Joal Mbour	Kelle Ndiagianiao	Fout-Diack Cayar
Ziguinchor	Bignona	Kolda	Oussouye Carabane Adéane	Brin Youtou Tanaffe

¹ Ibrahima Wone, *Première analyse d'indicateurs de santé à partir des statistiques officielles du Ministère de la Santé publique de 1960 à 1979*, Cahier Made Sahel, n° 1, 1984, p. 20.

² CINAM et SERESA, *op. cit.*, p. 11-4 (11).

Centres Primaires

Centres Secondaires Correspondants

Avec Sages-femmes

Avec Infirmiers

Rufisque	Sébikhotane Yène	Sangalkam Bargnie
Cap-Vert	Yeumbeul Cambérène Mbao Yoff Ouakam	Keur Massar Thiaroye N'Gor Hann Malika

Source : Rapport PMI 1958-59 : cf. Caroline Jamet, p. 72.

Tableau 17 : Nombre de sages-femmes et de maternités de 1960 à 1968

Années	Sages-femmes	femmes de 14 à 45 ans	Maternités	Lits
1960	103	723 587	39	1 012
1961	?	738 801	38	978
1962	125	745 480	39	985
1963	151	570 861	40	1 124
1964	164	787 729	39	1 135
1965	188	805 077	40	1 167
1966	166	823 131	44	1 071
1967	202	843 250	43	1 124
1968	217	864 179	44	1 165

Sources : Wone Ibrahima, *op. cit.*, tableaux 11 et 35, pp. 63 et 91.

En 1960 on dénombrait 39 maternités avec 1 012 lits. Le Cap-Vert venait encore en tête avec 331 et totalisant un nombre d'hospitalisés de 14 574 pour 79 869 journées d'hospitalisation et le Sénégal oriental en dernière position avec 22 lits pour 300 hospitalisés¹. Le faible rendement enregistré dans cette région et généralement dans les autres régions, était davantage lié, après le manque de sages-femmes, au fait qu'un grand nombre de femmes accouchaient encore à domicile alors que dans la région du Cap-Vert qui disposait du 1/3 des lits de maternités, la plupart des accouchements y avaient lieu et étaient enregistrés.

D - Sages-femmes, actrices du développement économique et social

Le développement économique et l'évolution sociale d'un pays sont conditionnés pour une part importante par le comportement et l'intervention des femmes². Les années 50-60 se caractérisaient par un besoin d'affirmation des Africains et de consolidation de l'indépendance acquise. Les femmes en général constituaient des "groupes de diffusion" et, les sages-femmes, avaient participé dignement et activement à cette phase de reconstruction nationale de différentes manières, il n'était plus question pour les cadres de la santé en général de "se cantonner dans un rôle quasi anachronique de réparation et de remise en état des moteurs fatigués"³.

¹ *Idem.*, p. 13.

² République du Sénégal, Ministère de l'Enseignement technique et de la formation des cadres, *La femme : éducation, formation et promotion*, Dakar s. d (1965), in : 4°, p. 1.

³ Daouda Sow, *Les cadres de la santé et leurs responsabilités dans le développement national*, Dakar, 1970, p. 6.

C'est pourquoi, à cette période où l'on assistait au développement d'une médecine totale, c'est-à-dire, à la fois curative, préventive, sociale et éducative, les sages-femmes d'État s'étaient illustrées par leur dévouement, leur ingéniosité, leur esprit d'éthique et de conscience professionnelle, jouant ainsi le rôle "d'agent communautaire" avant la lettre.

1. Dévouement et ingéniosité : exemple de Marie Touré Ngom

Affectée à Oussouye pour trois mois, cette sage-femme y est restée pendant six mois au point qu'elle est surnommée "bouton" par ses collègues qui disaient qu'"elle fait du zèle". Une fois sur place, elle s'attela à y installer des cases d'accouchement à une période qui correspondait au développement des centres de PMI en milieu rural, à faire de l'animation et des tournées dans les garderies rurales et à former des matrones. C'est dans ce cadre, et par son ingéniosité qu'elle avait réussi à faire "la toute première boîte d'accouchement en bois", ce n'est qu'après que l'UNICEF avait mis cette boîte en fer. Aidée par les femmes qui savaient construire, elle avait réussi à organiser une vraie maternité rurale et le représentant de l'UNICEF leur avait donné des boîtes d'accouchement, des lits, des draps et tout ce dont elle avait besoin pour consulter sur place les femmes enceintes, les évacuations ne se faisant que lors de l'accouchement.

De retour à Dakar, devant servir à Pikine qui ne disposait pas de lieu de travail adéquat, elle a dû travailler trois ou quatre mois sous forme d'équipe mobile, ce qui était fréquent à l'époque, ayant comme base une salle de travail prêtée par les bonnes Sœurs à l'entrée de Pikine. Là, elle pesait les enfants et formait des "femmes relais" qui allaient au niveau des quartiers pour prolonger son action. Ainsi, se constituait un véritable réseau permettant aux femmes habitant les endroits les plus lointains, et ne disposant pas d'infrastructures sanitaires, de bénéficier des soins de santé ou au moins de conseils pour éviter certaines maladies liées à l'alimentation et l'hygiène, pour conduire une grossesse à terme... C'est là que réside d'ailleurs tout l'intérêt des équipes mobiles et de l'utilisation de ces "femmes relais" qui revêtaient un caractère préventif. Le but était "d'aller au-devant du malade, de le trouver dans son environnement familial et social, sans attendre que le progrès de la maladie le pousse enfin mais trop tard à entreprendre un long et difficile voyage vers la formation sanitaire la plus proche" ¹. L'action de cette sage-femme auprès des "femmes relais", puis celle de ces dernières auprès des populations, se faisaient par l'utilisation d'un matériel didactique tels les affiches (v. le tableau des trois groupes d'aliments, le pont de Géliffe...), un spécimen de l'appareil génital de la femme, etc. Cette action qui avait pour base Pikine où l'équipe se rendait deux fois par semaine du fait de l'importance de la population, s'exerçait également dans les quartiers périphériques comme Guédiawaye, Yeumbeul, Thiaroye..., où l'équipe se rendait une fois par semaine.

Cette sage-femme incitait les populations à participer à la lutte pour l'amélioration de leur propre santé : les "femmes relais" étaient munies du tableau des trois groupes d'aliments, à chaque fois que l'on voyait ce tableau devant une porte, on savait qu'une "femme relais" habitait là, et il y en avait une vingtaine. Elles s'étaient affectées les quartiers et lors des comptes rendus, évidemment comme il y avait le tam-tam partout, elles appelaient les femmes et l'on dansait, l'on faisait passer le message de l'équilibre alimentaire sous forme de chanson où l'on évoquait "les aliments constructeurs", "les aliments protecteurs" et "les aliments énergétiques" (...). À Guédiawaye, c'est un certain Doro Haw qui était à la cuisine de l'hôpital principal qui avait donné sa baraque, un autre, Birane Ndiaye, avait évacué une chambre chez lui pour permettre de poser les balances ².

Compétence, dévouement et perspicacité faisaient que ces sages-femmes jouissaient aussi bien de la confiance des populations que de celle de leurs chefs hiérarchiques. Il se trouvait que, même devant certains cas dystociques, le médecin faisait volontiers confiance "à

¹ Léon Lapeyssonnie, "Les problèmes médicaux sanitaires en zone rurale dans les pays en voie de développement", in : *Afrique contemporaine*, 55, p. 4.

² Marie Touré Ngom, *op. cit.*

leur dextérité”. Bien que leurs pratiques étant limitées, les sages-femmes formées ici à Dakar, étaient réputées plus compétentes que celles européennes. En effet, elles avaient l’habitude de pratiquer les accouchements depuis la deuxième année de leur formation, alors qu’en France les élèves n’étaient pas autorisées à faire des accouchements¹. Donc, ici à cette époque, “les sages-femmes n’avaient pas cette étiquette de l’Europe, celle de la sage-femme ayant des gestes limités”² qui consistent en la surveillance et l’exécution d’un accouchement présumé normal. Mais, il faut dire que cela était davantage lié au manque de personnel puisque la sage-femme exerce “une profession médicale à compétence limitée”³. Leurs actes demeurent soumis au contrôle médical d’où l’existence d’un code de déontologie qui définit leurs devoirs et limite leurs droits professionnels.

Les sages-femmes étaient également des modèles dans leur milieu social et des références professionnelles. Ramatoulaye Seck, en service au village de Ouakam, avait créé un centre social⁴. Elle participait ainsi au développement économique et social des femmes qui y apprenaient à tricoter, à coudre et à teindre. Dans le domaine de l’alphabétisation, elle essayait de “récupérer” certaines jeunes filles qui avaient la chance d’aller à l’école et qui avaient arrêté leur études. Elle les suggérait de continuer et certaines d’entre elles avaient passé le CEP et l’obtenir. À propos de référence professionnelle, l’aînée d’une famille a pu devenir sage-femme d’État grâce à l’investissement social de Siga Sèye Coulibaly dans le cadre de ses études au CESSI.

2. Éthique médicale

À propos d’éthique, Daouda Sow, médecin et ministre de la Santé publique et des Affaires sociales disait : “Envers le malade qui, en toute confiance, nous confie ce qu’il a de plus cher au monde, la règle que recommande l’éthique médicale est formelle : c’est le respect de la vie et de la personne humaine. C’est indispensable que cette confiance du malade rencontre toujours, et sans défaillance la conscience du médecin et celle de tout autre personnel de la corporation. Ainsi, tout ce qui s’honore du titre de cadre ont-ils le devoir impérieux de répondre à ce rendez-vous de la confiance et de la conscience. C’est là, assurément que réside toute la noblesse des carrières médicales”⁵.

Les sages-femmes en étaient conscientes de cette notion d’éthique. Ainsi, Magné Dieng reconnaît qu’elle était là pour faire du bien et pour soutenir les gens. Son dévouement envers la société lui fait dire que la société, c’est la sienne. C’est une société qui l’adopte, qui l’aime, et qui a espoir en elle”. Elle n’était pas seulement sage-femme, il lui arrivait d’être pour les gens avocate et assistante sociale. Son engagement fait que même retraitée, les gens la suivent, ce qu’elle trouve “formidable”. Donc, par gratitude pour ces gens-là qui lui disent que c’est ma grand-mère ou ma mère qui venait, elle se sent obligée de travailler. Ainsi, suggère-t-elle aux jeunes sages-femmes de se donner corps et âme à leur travail pour mériter l’affection des malades⁶.

¹ *Idem.*

² Siga Sèye Coulibaly, *op. cit.*

³ Marianne Ndiaye Sidibé, *op. cit.*

⁴ Ramatoulaye Seck, *op. cit.*, Grâce à un reportage réalisé par Annette Mbaye d’Erneville, journaliste à Radio Sénégal, ce centre avait bénéficié de l’aide de femmes françaises qui envoyaient de la laine, des tissus, des aiguilles, donc tout un matériel nécessaire pour le développement du centre.

⁵ Daouda Sow, *op. cit.*, pp. 9-10.

⁶ Magné Dieng, *op. cit.* Elle affirme que, durant toute sa vie, elle s’est occupée que de la femme et de l’enfant. Depuis sa retraite en 1985, elle continue à consulter chez elle, ce qu’elle fait comme œuvre de charité. Grâce à son âge, elle ne reçoit que trois fois par semaine, et si elle est malade, elle ne reçoit pas. C’est pour “arranger et faire plaisir à ces gens” qui comptent beaucoup sur elle, dit-elle.

3. Entre obligation familiale et obligation professionnelle : le soutien du mari

Les sages-femmes étaient souvent confrontées à des problèmes d'ordre familial. Étant femmes, elles étaient dans l'obligation de s'occuper de leur foyer. Cela faisait que la complicité et la compréhension du mari étaient indispensables pour qu'elles puissent accomplir leur travail. Au cas contraire, travailler devenait difficile, voire impossible.

Ainsi, Marie Touré Ngom s'est vue offerte une voiture par son mari qui était fonctionnaire : " il venait du Trésor (public), il m'attendait à la porte, il me disait : tu ne peux pas sortir au même moment que les gens ! Je lui disais viens (et) je lui montrais l'enfant que je venais de perfuser ou transfuser ou en tout cas de mettre sous l'oxygène en lui disant : je suis sûre que tu retrouveras même le stylo que tu as posé sur la table, moi, celui-là, si je le laisse-là, je retrouverais le matelas plié et lui à la morgue. À la fin, il me disait, bon, tu prends la voiture et moi je rentre par mes moyens. Il comprenait, poursuit-elle, entre nous le dialogue est bien passé, il traitait des papiers avec des personnes valides. C'est pourquoi, j'ai été (l'une des premières) femme à conduire une voiture, c'était par nécessité, pour rester le temps qu'il faut quand ça vaut la peine, jusqu'à ce qu'en laissant un bébé, je le retrouve mieux ou en tout cas auprès de sa mère ".

Si Marie Victoire Gomis a pu laisser plusieurs fois son enfant ou même son mari malade pour le service de garde, c'est grâce à la compréhension de ce dernier qui était comptable et la secondait aussi bien dans son travail que dans son foyer. Ainsi, elle partait, l'esprit tranquille une fois qu'elle donnait les médicaments et son mari s'occupait entièrement des enfants ¹. Cela supposait aussi l'existence de la conscience professionnelle pour cette sage-femme qui n'osait jamais abandonner son service, même si son enfant était malade. Certaines allaient jusqu'à s'arranger entre collègues pour ne pas manquer leur tour de garde. Cette conscience professionnelle faisait souvent que, rentrer de garde, les sages-femmes ne parvenaient pas à dormir ; elles pensaient aux malades qu'elles avaient laissées, à l'enfant qui était sur le point de mourir, à la femme qui était morte, etc ².

Quant à Siga Sèye Coulibaly, elle était membre fondateur de l'Association nationale des sages-femmes du Sénégal (ANSFS) en suivant les conseils de son mari, syndicaliste, qui lui disait : " il faut que vous vous (les sages-femmes) organisiez ". Avec l'appui du président Léopold Sédar Senghor, celle-ci prenait l'initiative d'inviter toutes les sages-femmes à des rencontres périodiques. En 1964, précisément le 17 mai, la première conférence des sages-femmes du Sénégal fut tenue et ce fut l'occasion d'inviter toutes les sages-femmes qui avaient fréquenté, au temps de l'AOF et de l'AEF, l'École de Médecine ³. La création de cette association fut une étape très importante dans l'évolution des sages-femmes vers le progrès. Elle constituait une prise de conscience collective celles-ci décidées à se prendre en charge pour un meilleur avenir et à mieux appréhender ce que la nation attendait d'elles.

Les obligations familiales avaient fait que Pénére Niane n'effectua que 14 ans de carrière. Elle quitta très tôt le métier quand elle eut son sixième enfant. Suite au décès de sa mère qui l'aidait à s'occuper de sa famille, elle profita d'une disponibilité et prit sa retraite anticipée ⁴.

Mais, l'influence du conjoint n'était pas toujours positive. Dieynaba Camara, mariée à un homme qui ne voulait pas qu'elle travaille, n'exerça son métier de sage-femme que de façon temporaire et fini par abandonner ⁵. C'est le cas également d'une autre sage-femme, A. Dem, qui était elle aussi dans cette même situation ⁶.

¹ Marie Victoire Gomis, *op. cit.*

² *Idem.*

³ V. annexe 5, le bureau national des sages-femmes élu le 17 mai 1964.

⁴ Pénére Niane, *op. cit.*

⁵ Dieynaba Camara, entretien du 21 août 2002 à Thiroye/Mer.

⁶ *Idem.*

4. Relations humaines

De la noblesse de leur profession "hautement sociale", de leur humanité et de leur vertu de soulager même si elles ne parviennent pas toujours à guérir les malades qui venaient en elles avec confiance, les sages-femmes parvenaient à tisser tout un réseau de relations avec les femmes qu'elles soignaient ou assistaient, les enfants dont elles avaient présidé à leur naissance et par là la famille tout entière ou même toute la communauté surtout en zone rurale et en banlieue. C'est ainsi que Siga Sèye Coulibaly exprima toute la satisfaction qu'elle a eue, et sur le plan de son travail, et sur le plan des relations humaines : " beaucoup d'amitiés que je me suis faites dépendent de cette période-là où, vraiment, la sage-femme était la personne idoine à qui les femmes faisaient a priori confiance ", quelquefois, même avec la présence des "médecins renommés", certaines femmes préféraient l'aide de la sage-femme pour l'accouchement.

C'est aussi grâce à leur sociabilité qu'elles étaient souvent marraines de plusieurs jeunes filles. Soukeyna Suzanne Wade a eu à éduquer vingt-sept filles, et certaines des personnes qu'elle avait formées continuent encore de lui rendre visite ¹. Elles jouissaient et jouissent encore de la reconnaissance de toute une communauté qui leur rendait bien leur humanité par des cadeaux de toutes sortes, leur permettant parfois de compenser les maigres salaires. Quand les uns donnaient de l'argent, d'autres donnaient le gigot du mouton ou du riz le jour de leur baptême, si bien que leur frigidaire était toujours garni ².

5. Sages-femmes et activités parallèles : le cas de Siga Sow Coulibaly

Elle est l'une des premières sages-femmes à occuper des fonctions administratives. Après s'être présentée au CESSI, en 1969, qui préparait en administration et en enseignement des soins infirmiers et obstétricaux, Siga a été parmi les premières chargées d'initier le Bureau de planification familiale en 1976. Parallèlement à ses activités associatives, elle était active aussi dans les luttes syndicales du SYMEVETOPHARSA. C'est ce militantisme syndical qui lui a valu sa nomination au poste de vice-présidente du Conseil économique et social de l'époque.

Son cursus administratif est très étoffé. En effet, sur conseil d'Abdou Diouf, alors Premier ministre, qu'elle connaissait pour avoir assisté deux fois sa femme, elle se présenta au concours de l'ENAM en 1976. Admise, elle laissa " un peu son manteau de sage-femme ". Mais, puisqu'il est souvent impossible de se départir de son métier initial, en plus de ses connaissances en matière de santé, elle fut tour à tour nommée conseillère technique chargée de la planification des questions internationales du ministre de la Santé Mamadou Diop, puis Directrice de l'Action sociale en 1982 et en octobre 1983, présidente de la Croix-Rouge Sénégalaise.

Tandis que les unes pensent que la sage-femme doit être "ambitieuse" et ne doit pas seulement se limiter à la pratique de l'accouchement comme c'est le cas de Siga Sèye Coulibaly, Léna Fall Diagne, et Ramatoulaye Seck qui avaient des activités politiques et sociales, d'autres comme Magné Dieng, Pénére Niane et Aïcha Diouf pensent que c'est un sacerdoce et qu'il faut y rester. Magné qui connaissait et aimait son métier, pense ainsi qu'elle ne pouvait " que s'arrêter là, à ce métier de sage-femme ", l'amour du métier faisait que, bien qu'étant membre de l'ANSFS, elle n'allait jamais aux réunions au point qu'elle fut classée au rang de "normalienne" par ses collègues. C'est aussi le cas de Aïcha Diouf qui dit que si c'était à refaire, elle allait faire le métier de sage-femme qu'elle a beaucoup aimé.

Les activités politiques étaient souvent causes d'abandon de la profession. C'est le cas de Léna Fall Diagne qui a dû demander la disponibilité en 1968 parce qu'elle ne pouvait plus assurer les deux engagements. Celle-ci fut militante du PRA/Sénégal, avant de rejoindre le BDS et député (quatre mandats) à l'Assemblée nationale. Mais, sa profession lui avait permis

¹ Soukeyna Suzanne Wade, entretien du 17 juillet 2002 à Sicap Baobab.

² Ramatoulaye Seck, *op. cit.*

d'être l'initiateur de plusieurs mouvements parmi lesquels l'Association pour le Bien-être familial mouvement très contesté d'ailleurs par l'islam et les coutumes à l'époque ¹.

Les rivalités politiques entre sages-femmes avaient constitué un frein à la bonne initiative qu'était la mise sur pied de l'ANSFS. Cette association, en principe apolitique, avait bénéficié de la cession d'une parcelle de 670 m² ² devant permettre l'édification d'une "maison de la sage-femme" ³. Celle-ci devait abriter la construction d'un centre d'action sociale comportant des salles de consultation pour les femmes enceintes et les nourrissons. En dehors de ce terrain, une somme de deux millions a été débloquée par le président Senghor ⁴, et à en entendre Aïcha Diouf, tout cet argent, en plus des quêtes et des cotisations des membres, avait disparu, autrement dit, rien n'a été réalisé. Néanmoins, l'Association s'était battue pour que les sages-femmes formées à Dakar aient la même grille indiciaire que celles formées en France qui avaient une solde plus importante ⁵.

Conclusion

Plus que les sages-femmes auxiliaires et africaines, les sages-femmes d'État s'impliquaient de plus en plus dans les activités de développement économique et social dans un contexte de construction nationale de l'ère post-indépendante. Ainsi jouèrent-elles le rôle d'agent communautaire en intervenant, au-delà de la pratique de l'accouchement et du suivi de l'enfant de premier âge, directement dans leur milieu social pour lutter contre les maladies évitables, inciter les femmes à la propreté, au développement, et à l'émancipation.

Mais, après les indépendances et le départ progressif des Européens à cause de l'assistance technique, on assista à la "sénégalisation" des certains postes. Des défaillances qui tendaient à disqualifier la corporation commençaient à être décelées ; suite au facteur pérenne qu'était la pénurie de personnel, c'est le manque d'enthousiasme, l'entorse à la discipline, l'interventionnisme contre un ordre d'affectation, et dès 1962, les congressistes de la santé dénonçaient la pratique des consultations payantes pendant les heures normales de service ⁶. Cela se manifestait également par la violence verbale de certaines praticiennes envers les patientes, parturientes surtout et le non-respect de la hiérarchie. En effet, avec le départ des maîtresses sages-femmes européennes, des jeunes sages-femmes diplômées d'État étaient nommées maîtresses sages-femmes, ce qui ne manquait pas de créer des jalousies de la part des anciennes et ces jeunes pouvaient ne pas s'armer de l'autorité nécessaire pour diriger le service.

¹ La première clinique privée qui a eu le courage de populariser la contraception en 1966 a été vivement attaquée par le corps médical en premier lieu. Jusqu'en 1974, l'État sénégalais ne s'était pas prononcé en faveur ou non de la planification familiale. Mais constatant les besoins de la population, surtout d'une classe moyenne, le Ministre de la Santé a suscité en 1974, la création d'une Association pour le Bien-être de la Famille, L'ASBEF et ensuite en 1975, le ministère a chargé une sage-femme d'organiser un service de planification familiale intégré à la PMI. Cf. : Ibrahima Wone, *op. cit.*, p. 158.

² JORS, Décret n° 65-112 du 3 mars 1965 autorisant la cession d'une parcelle du titre foncier n° 6121 D.G. à Dakar, au profit de l'Association nationale des sages-femmes du Sénégal, p. 367.

³ Ramatoulaye Seck, *op. cit.*

⁴ Aïcha Diouf, *op. cit.*

⁵ Ramatoulaye Seck, *op. cit.*

⁶ ANS, H 214, Congrès régional de la Santé affilié au syndicat UNTS tenu les 20 et 21 juin 1962 à Saint-Louis.

Conclusion générale

Cette étude a permis de rendre compte de l'évolution du corps des sages-femmes. D'abord appelées sages-femmes auxiliaires, elles sont ensuite nommées sages-femmes africaines avant de devenir des sages-femmes d'État. Formées au départ pour pallier le déficit de personnel européen et disposer d'interprètes, surtout de collaboratrices capables de servir de courroie de transmission entre soignants européens et femmes indigènes, elles sont parvenues à s'imposer en se rendant indispensables dans toute entreprise pour la survie et la protection de la mère et de l'enfant.

La création du corps des sages-femmes était davantage présidée par les préoccupations économiques du colonisateur. Avec les sages-femmes auxiliaires, il fallait répondre à un besoin de développement économique de la France qui, au sortir de la Première Guerre mondiale, était confrontée à une régression économique sans précédent. La contribution de la colonie passait par la régénération de la race noire. On parvenait ainsi à augmenter le "capital humain" et par voie de conséquence, le "capital argent". Ainsi, dans la perspective d'une mise en valeur des colonies, l'École de Médecine chargée de leur formation fut créée à Dakar en 1918. Cette école jouait aussi un rôle d'intégration dans le contexte de la politique d'assimilation de la France. Les sages-femmes devaient lutter contre l'importance de la mortalité et de la mortalité infantile, promouvoir une meilleure croissance en aidant à éviter certaines maladies en se conciliant la confiance de leurs congénères par l'éducation des mères et des matrones dans le cadre de la médecine préventive et sociale. Cela fut, certes, une entreprise difficile, mais elles l'ont réussie grâce à leur patience, leur perspicacité et leur statut de femme intervenant au service des femmes et des enfants.

La Seconde Guerre mondiale et la Conférence de Brazzaville avaient abouti à la mise sur pied, en 1944, de l'EAMP qui remplaçait ainsi l'École de Médecine. Leur formation n'a cessé de s'améliorer devant la demande sanitaire de plus en plus importante. À partir de 1952, avec la naissance de la pédiatrie, et en 1956 avec l'intervention des organisations internationales, la formation devint plus rigoureuse et la sage-femme voyait sa mission s'élargir. Ainsi, avec les sages-femmes africaines, celle-ci ne se limitait plus à la pratique de l'accouchement, elle incluait le suivi de l'enfant dans la première année de sa vie. Elles dirigeaient des maternités isolées et intervenaient également comme éducatrices nutritionnelles et sanitaires dans les centres de PMI. Elles contribuaient en conséquence au développement de la médecine sociale.

Ce rôle devait atteindre son apogée avec l'avènement des sages-femmes d'État appelées à être de vrais agents communautaires et des actrices de développement économique et social dans le contexte de construction nationale. Ces dernières allaient d'abord étudier en France (depuis 1949) avant l'ouverture de l'ESFE à Dakar en 1957, permettant leur formation sur place. En 1968, le CESSI qui leur conférait un statut de cadre supérieur était créé. Il a permis aux sages-femmes de se spécialiser de plus en plus en pédiatrie, en puériculture ou en planification familiale. Mais, avec les sages-femmes d'État également, l'on assista à certaines pratiques qui tendaient à discréditer la profession : c'est le manque d'enthousiasme, l'absence de conscience professionnelle, l'indiscipline et le manquement à l'éthique médicale qui caractérisaient souvent la période post-indépendante.

Mais, tout au long de la période étudiée, le nombre de sages-femmes n'a jamais été suffisant. La remarque du professeur Sénécal il y a 47 ans est encore valable. Il disait que " le problème des accouchements à domicile, c'est un problème qui se posera encore longtemps

dans les pays en voie de développement. Les maternités seront encore pendant longtemps insuffisantes et il est impensable qu'avant 20 ou 40 ans, on ait un nombre de sages-femmes et de maternités suffisant" ¹. Le résultat est que les femmes meurent encore en donnant la vie dans certaines contrées dépourvues de personnels qualifiés et de toutes infrastructures médicales.

Le Sénégal, jusqu'à présent confronté à un manque profond d'institutions chargées de la formation professionnelle, ne dispose que d'une seule école ², l'École nationale de Développement sanitaire et social (ENDSS), pour former les sages-femmes d'État. Cette école ne fournit en moyenne que 30 diplômées par promotion et cet effectif englobe également des diplômées d'autres nationalités ³. En France, on comptait depuis 1975, "33 écoles de sages-femmes conduisant à 500 diplômées d'État chaque année en moyenne" ⁴. Ici, il n'est pas permis de dire que l'effectif à admettre est défini " par rapport aux besoins du pays ", mais plutôt " par rapport au quota proposé à l'État par l'école en fonction de sa capacité d'accueil " ⁵.

Les sages-femmes sont confrontées, depuis la fin des années 1960, à des problèmes tels que la dévalorisation de la profession avec un traitement salarial faible face aux exigences des horaires pénibles, la dégradation de leur situation matérielle et morale, mais aussi, l'inexistence d'un ordre et d'un code de déontologie ⁶. Le seul code qui a régi ce corps date de 1949, alors que pour les médecins, il fut renouvelé en 1967 ⁷.

Au Sénégal, la profession de sage-femme a toujours été le monopole des femmes, alors que dans des pays comme la France, au nom de l'égalité des sexes, il existe des hommes sages-femmes depuis 1982. Ils existent également au Burkina Faso où ils sont appelés "maïeuticiens" ⁸.

¹ ANS, 1 H 103/163, Journées médicales de Dakar, octobre 1955.

² À part l'ENDSS, une école privée, l'Institut de santé services, forme également des sages-femmes d'État.

³ Les dernières promotions de 1993 à 2001 se chiffrent ainsi : 25 en 1993, 33 en 1994, 24 dont 2 étrangères en 1995, 18 en 1996, 12 dont 2 étrangères en 1997, 14 en 1998, 15 en 1999, 24 dont 2 étrangères en 2000 et 27 en 2001. (Extrait d'un document communiqué par le Service des admissions et de la scolarité de l'ENDSS).

⁴ Dominique Ceccaldi, *Les institutions sanitaires et sociales*, 2, Foucher, 1979, p. 254.

⁵ Madame Ndecky, Aïssatou Guèye, chef du Département d'études de base en science de la santé et chef des travaux Section des sages-femmes d'État, entretien du 4 février 2002 à l'ENDSS.

⁶ Cela fait qu'elles exercent encore une profession paramédicale d'après la définition donnée de celle médicale par Dominique Ceccaldi, dont les conditions d'exercice sont la possession du diplôme d'État, la nationalité, l'ordre et le code de déontologie. Cf. Dominique Ceccaldi, *op. cit.*, p. 253.

⁷ F. Dieng, "Un aspect particulier du code de déontologie et exercice de la profession médicale", in : *Médecine d'Afrique noire*, XXII, 10, oct. 1975, p. 681.

⁸ *Maïeuticien* : terminologie pour désigner un homme qui exerce la profession de sage-femme. Cf. Fatoumata Ouattara, "Conscience professionnelle, clientélisme et corruption : Pratiques et justifications des personnels de santé du centre médical d'Orodora (Burkina Faso), in : *IRD*, Réseau "Anthropologie de la santé", 2, 2001, p. 65.

Annexes

I. Trousseau des élèves sages-femmes auxiliaires

Le trousseau des élèves sages-femmes comporte :

1 - Costume d'uniforme en drap	1
2 - Costume d'uniforme toile grise	2
3 - Casque colonial	1
4 - Chapeau de paille	1
5 - Lingerie de corps	3
6 - Bas (paire)	3
7 - Gilet de coton	2
8 - Chaussures cuir (paire)	2
9 - Chaussures toile (paire)	2

Source : Extrait de la décision du Gouverneur général fixant la composition du trousseau des élèves de l'École de Médecine, *JO AOF*, 1918, p. 594.

II. Inventaire de la caisse de tournée de la sage-femme

Trousse obstétricale pour le poste et les tournées

- 2 pinces de kocker en boîte métallique
- 1 paire de ciseaux en boîte métallique
- 1 seringue de 2 cm³
- 1 stéthoscope
- 1 bock avec caoutchouc
- 1 canule lavement (ébonite)
- 1 canule vaginal (ébonite)
- 1 sonde urétrale
- 1 bistouri
- 1 aiguille à périnée
- crins de Florence
- 1 tube à essais
- 1 thermomètre
- 1 insufflateur

Médicaments

- Collyre nitrate d'argent (1/150°)
- Alcool à 90°
- Teinture d'iode fraîche
- Alcool à brûler
- Quinine
- Acide acétique (pour urine)
- Huile goménolée
- Ampoules de caféine
- Ampoules d'huile camphrée
- Ampoules d'ergotine

Pansements :

- Fil à ligature
- coton hydrophile
- compresse
- bandes de gaze.

Matériel :

- 1 brosse à ongles
- 1 cuvette
- 1 savon
- 1 serviette
- 2 ventouses
- 1 centimètre.

Source : Rossy (Docteur), *Cours d'obstétrique, op. cit.*, pp. 45-46.

III. Liste des promotions de sages-femmes ¹

Sages-femmes auxiliaires

1921	1922	1923	1924
Madeleine Cardho	Marie Hélène Gaye	Marie Caft Maria Fécleiro Bernadette Nobiné Marie Urbain Dame Souna Anita Agbo Jeanne Borni Lucie Carréra Ma Roigny Camara	Mircille Terramorsi Catherine Delage Rose Mourot Marcelle Borion Renée Morel Berthe Mourot Henriette Mourot Catherine Blondin Clemens Paul Céline Azoume Emma Mumier Jeanne Djondo Marie-Claire Niou Marguerite Mathias Gertrude Akpcton
1925	1926	1926	1928
Louise Diagne Nafissatou Diop Léonie Konaré Marie Sène	Hélène Chimère Émilie Nelson Adélaïde Gomis Pauline Diack	Léontine Maurice	Katie Prom Marie Béthie Diagne Madeleine Gomis
1929	1930	1931	1931
Louise Tine Henriette Aya Félicia Lin Marie Louise Anna Odette Aya Louise Tevi Eugénie Da Souza Lucie Vicyra Madeleine Durand Marie Berthe Traoré Léopoldine Nobre Joséphine Zannou Pauline Diallo Marie Aimée Aidekon Mélanie Madogna Blanche Brunoff Élisabeth Courlagan Marie Jonson Cyprienne Beteko Charlotte Freira Christine Assogba Rosine Da Souza	Victoria D'Almeida Catherine de Akibo Louise Béraud Victorine Dossou Christine Jonson Élisabeth Decoumboto Henriette Chambrillat Paula Winckel Cécilia Leigh Antoinette Adotevi Célestine Diégo Marie Steve Henriette Blondelle Eugène Aloma Joséphine Da Sylva Lucie Grange	Pauline Berthe Marie Fatounata Marie Bango Joséphine Diogo Anna Senghor Félicia Cowan Juliana Hodonou Aoua Keita Antoinette Ama Suzana Duraton Simone Diarra Ruth Adjavon	Sophie Turpin Héloïse Tevi Tenc Diallo Marie Tevi Daffa Sidibé Anna Écoué Annie Bohem

¹ Nous n'avons pas eu toutes les promotions de sages-femmes à notre disposition malgré les investigations faites. Les promotions de 1921, 1922, 1925, 1926 et 1928 sont données par Françoise Coco et celle de 1942 par Soukeyna Suzanne Wade. Le reste est extrait des journaux officiels et de la thèse de Pape Amadou Gaye.

1934	1935	1936	1937
Altina Tamboura	Fati Traoré	Marie Kueviakos	Hélène Boissier-Palum
Marie Coulibaly	Marianne Kâ	Cécilia Hodonou	Georgette Akouba
Lucie Roland	Angèle Dieng	Marie Jeanne Diarra	Léontine Cvi
Augustine Diarra	Jeanne Fatouma	Antoinette Adjavon	Antoinette Traoré
Élisabeth Sacramento	Adèle Adjna	Rokli: Aïssatou Diallo	Marie-Simone Traoré
Fatoumata Marthe	Aghate Sacramento	Rosa Johnson	Fanti Diallo
Mariam Samake	Marie Touré	J. dite Pincou Johnson	Marie-Rose Sonko
Marguerite Yapoly	Pauline Fabre	Agnès Adjanahoum	Béatrice Adjavon
Élisabeth Paraiso	Marguerite Guérin	Marie Madeleine Potin	Louise Élikia
Christine Kouassi	Éva Olympio	Marcelle Dupuis	Odile Sali
Hélène Basse	Madeleine Tanoe	Amon Angéline Bencre	Bibi Alice
	Marguerite Issembe	Marie dite Laventure	Georgette Boly
		Louise Bacla	
		Johnna Delompuy	
		Marie Jeanne La Corre	
		Lucie Lagrave	
		Avoba Olphise Richmond	

1938	1939
Christine Éliisa	Soukeyna Suzanne Wade
Sophie Lapolice	Awa Ndiaye
Géromine Coffi	Adama Ndiaye
Fatou Ndiaye	Maawa Diakité
Suzanne Diallo	Marie Eugénie Sidibé
Yvonne De Lompuy	Renée Sangaré
Marianne Pucetti	Maria Akpou
Simone Adio	Valéria Damienne
Marie Henriette Joseph	Toupette Delphine
Suzanne Saivet	
Eugénie Da Costa	
Marguerite Wright	
Henriette Kacou	

Sages-femmes africaines

1953	1954	1955	1956
Fatou Folla Ndiaye	Seynabou Tall	Néné Kessa Diallo	Léopoldine Aubenas
Adèle Loron	Lydiad' Almeida	Oumy Barry	Clémence Quenum
Thérèse Lô	Cathérine Conté	Marthe Baruncio	Marthe Marianne Faye
Hélène Larba Pafadnam	Bouzo Diarra	Aïssatou Diallo	Honorine Faboumy
Augustine Sajoux	Mâme Boyo Diop	Valentine Guédegbé	Céline Bleu
Aïssatou Dem	Anne Maud Bouful	ESher Kouroum	Mélanie Michèle Coco
Amélie Sinzogan	Marie-Thérèse Cissé	Aïcha Mbodj	Joséphine Ayi
Amina Batoko	Aïchatou Sar	Mamé Coumba Dieng	Marianne Baldé
Imelda Kponoukou	Yamaman Ngom	Eugénie Guénum	Élisabeth Houessinon
Conforte Norman	Bernadette Agbo	Antoinette Accoumbressi	Monique Quenum
Clémentine Lainé	Marguerite Traoré	Éléonore Béraud	Bénédicta Lainé
Martine Françoise Aniou	Justine Rita Amoussou	Martine David	Jeanna Yao
Henriette Ouro	Fatou Diaoune	Reine Névis	Cornélie Franscisco
Charlotte Yacé	Fadiop Guèye	Yovo Gertrude Dossou	Yayé Assa Barry
Élisabeth Zadjji	Dodji Éléonore Johnson		Blanche Gomez
	Rosine Estelle Ahojo		
Fatou Konaté	Cécile Sossouvi Mensah		Henriette Covi
	Marthe Dagba		
Bolou Tié	Clotilde d' Almeida	Julienne Cossou	Rosette Hountondji
Aïssatou Traoré	Émilie Zinsou		Marie-Thérèse Bernabé
Antoinette Santos	Yoman Goua		Marie-Thérèse Nébié
Josephine Larbat	Cécile Codo		
Ekna Joséphine Johnson	Méry Turkson		
Léone Rézendé	Honorine L. Houndékon		

Maria Barry
Yovo Françoise Dossou
Adeline Angèle Lalou
Suzanne Olympio
Rosalie-Justine Janvier

Pauline Chodatou

1957

Élise Akpo
Ndèye Marie-H. Guèye
Léontine Akpovo
Delphine Zinsou
Rita Lidie Awanou
Damienne Chodatou
Marie Inée dite Leroy
Akéolé Anna Dagbovie
Adèle Cécile Mensah
Caroline De Souza

1958

Siga Coulibaly
Aminata Dièye
Éléonore d'Almeida
Fatou Sy
Solange Monteiro
Odette Besse
Gisèle Toupe
Honorine Avolote
Élise De Medeiro
Marcelline Yehouessi
Hortense Fernandez
Louise Goudard
Joséphine Hountondji
Paulette Chrysostome
Jeanne Hessou
Émilie Manina
Micheline Guérin
Fatimata Keita
Lucie Zekpa
Julienne Chodatone
Antoinette Mikidou
Nafissatou Ndiaye
Jeanne Fabouny
Louise Délicat
Nafissatou Sow
Bernadette Badji
Aminata Diop
Régina Medji
Agnès Brun
Gina Assogba

1960

Bineta Diagne
Cyprienne Da Sylva
Victoria Laine
Marie-Louise Chakpla
Seynabou Diop
Simone Pitroipa
Agnès Djidonou
Valérie Amoussou
Denise Dossou
Victorine Digny
Fatoumata Bâ
Christine d'Almeida
Héleine Codjia
Estelle Assah
Loïs Doumate
Gnagna Ndiaye
Juliette Akpo
Thérèse Grégoire
Rose Corréa
Basilie Adjibi
Yveline Marchal
Agonsa Marguerite Yeyinou
Charlotte Da Silva
Marie Legbenou
Azide Demor
Thérèse Quénum
Penda Sarr
Alice Allabi

Sages-femmes d'État

1964

Aminata Kanc Sané
Fatou Bâ
Ndèye Fall Bâ
Aminata Sall Konaté
Marthe Dagba
Rose Corréa
Marie-Thérèse Nickol
Fatou Diagne
Absa Guissé Dioum
Nafissatou Tall
Jaqueline Doppia

1965

Rose O. Mouengono
Lauréta Dosevi Akpokli
Louise Kouanvih
Angèle Damba
Khadidiatou Sy Sakho
Marie Anne Adfévi
Antoinette Akoumany
Ngoye Yacine Niang
Esther Johnson
Émilie Sano Carva
Marie Kpomassi
Augustine Gbedet
Fatou Cissé

1967 (juin)

Suzanna Soma
Aminatou Ndaw née Diop
Bineta Gomis née Dia
Akouélé Léontine
Aminata Diagne
Néné Guiro
Anna Mané
Antoinette Gayibor
Aminata Ndiaye
Larry Cissé
Célestine Segbedji
Édith Ahiatsi

1967 (juillet)

Michelle Hedant
Aminata Sèye Fall
Fatou Dramé
Yaye Katy Kane
Jeanne Mathieu
Khady Diop Dioury
H. d'Ermeville Diop
M. Joséph. Ndiaye
Géralda Lopez Simédou
N. Seynabou Sow Ndiaye
Francisca Tagayi
Anna Diouf
Marième Ndiaye
Marie-Th. Hatti Mounie
Codou Sow
Fatou Tall née Guèye
F. Haïdara Gomis
Lafia Kane Dia
Fatou Kâ

IV. Répartition des élèves sages-femmes et infirmières-visiteuses

Les élèves de première année, quelle que soit la section, sages-femmes ou infirmières-visiteuses, qu'elles doivent choisir, ont un programme d'enseignement exactement semblable. Le choix de la section sages-femmes ou infirmières-visiteuses est laissé à chaque élève selon le classement de l'examen de fin d'année. Le choix a été le suivant :

Sages-femmes	Infirmières-visiteuses
Thera Henriette	Wilson Frida
Eteki Laurence	Ducasse Jeanne
Souina Marie-Louise	Reaux Jeanne
Soumana Henriette	Maréchal Rose
Boccori Agnès	Jones Odette
Clermont Armande	Ndiaye Mama
Sissoko Néné	Da Costa Marie
Sidibé Adèle	
Haïdara Bintou	
Johnson Michelle	
Sere Marie	
Youm Elisabeth	
Romage Margarine	

Source : I H 98/ 163, Extrait du procès-verbal de la séance du Conseil des professeurs de l'École de Médecine du mardi 6 juillet 1937.

V. Bureau national des sages-femmes élu le 17 mai 1964 :

Mmes Marie Coulbary	Présidente d'honneur
Marianne Corréa, née Kâ	Présidente
Marianne Corréa, née Pucetti	Vice-présidente
Nafi Guèye, née Diop	Vice-présidente
Yvonne Mathieu, née Sidibé	Vice-présidente
Siga Sow, née Coulibaly	Secrétaire générale
Anna Bocandé, née Corréa	Secrétaire adjointe
Nafy Touré, née Ndiaye	" "
Ramatoulaye Guèye, née Seck	Secrétaire administrative
Sophie Ndiaye, née Turpin	Secrétaire administrative adjointe
Louise Ndiaye	" "
Armande Lapolice	Trésorière générale
Fanta Diack	Trésorière adjointe
Anna Guèye	" "
Nafy Diouf	" "
Penda Diop, née Sarr	" "
Fatou Wane	" "
Anta Bâ	" "
Hélène Mendy	Secrétaire à la presse et documentation
Oulimata Lô	Secrétaire adjointe
Marie Hélène Diouf	" "
Mame Boya Mbaye	Secrétaire à l'organisation et à la
propagande	
Diarra Bousso Diop	Adjointe
Suzanne Sèye,	"
Suzanne Cissé	"
Aïda Diop, née Sar	Secrétaire aux affaires sociales et
culturelles	
Aïcha Sène, née Diouf	Adjointe
Aminata Fall née Dièye	"
Marie Touré	Secrétaire aux relations extérieures

Source : Les sages-femmes Sénégalaises ont formé leur association : in : *Unité Africaine*, n° 99, mai, 1964, p. 6.

VI. Entretiens

Entretien avec Siga Sèye Coulibaly, le 27 juillet 2002 à Liberté V, villa n° 5264¹

Ngoné Guèye (N. G.) : Voulez-vous vous présenter ?

Siga Sèye Coulibaly (S. S. C.) : Je m'appelle Siga Coulibaly née Sèye, née le 7 novembre 1937 à Dakar. J'ai fait mes études primaires et secondaires dans cette ville. Après le BEPC, j'ai passé le concours d'entrée à l'EAMP et de Pharmacie de Dakar. Mes études s'y sont déroulées normalement de 1955 à 1958 et je suis sortie majeure de ma promotion. L'EAMP ainsi que l'École des Institutrices étaient les deux grandes écoles qui assuraient la formation des cadres féminins, donc la promotion professionnelle des femmes. Mais, à partir de 1956, on a créé à Dakar l'École des sages-femmes d'État (ESFE), et l'originalité est que, à cette époque-là, moi j'étais en 2^e année à l'EAMP, nous étions la première promotion (il y avait Léna Fall Diagne, Ramatoulaye Seck, Antoinette Koné etc.). Nous avons donc les mêmes cours et les mêmes sollicitations. Notre chef de clinique était le professeur Paul Corrèa. Donc, nous qui avons fait l'EAMP, à notre sortie, pour disposer du diplôme de sage-femme d'État, il nous fallait faire le concours et une année de stage. Moi, par exemple, je fais partie de cette classe-là. J'ai eu mon diplôme de sage-femme africaine en 1958, j'ai travaillé à partir de mars 1959, passé le concours et été admise, j'ai fait une année d'études à l'ESFE et en 1961, j'ai eu mon diplôme d'État de sage-femme.

N. G. : Est-ce qu'il y avait une différence entre les programmes des deux écoles ?

S. S. C. : C'était le même programme qu'on avait autant à l'EAMP qu'à l'ESFE parce que nous avions la chance d'avoir une maternité-école et le même professeur qui était directeur des deux écoles. Il avait fondu les programmes surtout pour celles qui avaient déjà leur diplôme de sage-femme africaine.

N. G. : Et après, y avait-il un changement des programmes ou une séparation des deux écoles ?

S. S. C. : Moi-même qui vous parle, j'avais servi, à ma sortie, à la maternité Le Dantec comme sage-femme d'État, avec des aînées comme Anna Guèye, Marianne Corrèa etc., c'étaient les doyennes qui nous ont formées, il y avait d'autres maîtresses sages-femmes qui étaient européennes, moi-même j'ai exercé jusqu'en 1962, il faut dire qu'à partir de 1962, on a "sénégalisé" le poste de maîtresse sage-femme, disons à partir de 1964. Les maîtresses sages-femmes européennes devaient rentrer et il a fallu promouvoir les maîtresses sages-femmes disons autochtones, alors ; à partir de ce moment, nous qui étions donc avec toutes ces générations de sages-femmes, depuis les Marianne Corrèa jusqu'à Aïda Sarr ; Madame Falilou, en passant par nous-même, la professeur Corrèa qui nous connaissait toutes, a fini par dire, bon, on va "sénégaliser", nous sommes d'accord avec les français, il faudrait maintenant que le collège des sages-femmes qui est là puisse me donner son avis sur les deux sages-femmes qui pourront les remplacer. Il n'y avait pas encore de concours instituer. Alors à cette époque, il faut dire qu'il y avait Léna Fall Diagne, Aïda Sarr, moi-même et les anciennes sages-femmes Marianne Corrèa et autres, se sont réunies et finissent par dire au professeur Corrèa, nous, vraiment, nous sommes d'un certain âge, le travail de maîtresse sage-femme demande beaucoup d'assiduité et plus de suivi et nous avons formé ces filles et nous pensons que Siga pourra faire l'affaire. Voilà comment donc, je me suis retrouvée maîtresse sage-femme et à l'époque c'était dur d'être seule, et ensuite, en temps que gens de la même génération, ça posait des problèmes et on a trouvé un consensus, j'ai dit au professeur Corrèa, comme nous sommes des jeunes, Léna peut aussi doubler et c'est ainsi qu'on a eu un poulx de jeunes maîtresses sages-femmes dans cette maternité-école.

¹ En lisant, on se rend compte que les réponses ne correspondent pas souvent aux questions posées. Malgré cela, l'interview a fourni beaucoup d'informations importantes.

N. G. : Donc, vous étiez la première maîtresse sage-femme sénégalaise.

S. S. C. : Oui, après j'ai été rejointe par Léna et par la suite ça a continué. Il faut dire que j'ai exercé comme maîtresse sage-femme jusqu'à 1969. Et, après la création du CESSI qui était une école inter-état que nous partagions avec tout le monde et dont le siège était à Dakar et qui formait en administration et en enseignement des services infirmiers, c'était l'occasion donc, puisque les gens m'avaient choisie comme ça, de passer le concours du CESSI pour quand même faire le cursus et sortir comme brevetée et être maîtresse sage-femme, et (ainsi) nous étions la première promotion du CESSI, en ce moment j'étais avec Marcelle Pellegrin, l'ancienne directrice de l'ESFE. Parallèlement à notre existence au niveau de la maternité, il y en a quand même un mouvement associatif ; bon, personnellement, parce que j'avais un mari syndicaliste à l'époque qui m'a poussé en me disant il faut que vous vous organisiez. Bon, j'ai dit d'abord, on va faire l'association des sages-femmes, j'ai pris l'initiative d'inviter toutes les sages-femmes à des rencontres, ce qui nous a permis, en 1964, avec le Président Senghor, de tenir la première conférence des sages-femmes du Sénégal. À cette occasion, il (Senghor) nous avait soutenu, il nous avait permis d'inviter toutes les sages-femmes de l'AOF et de l'AEF qui avaient fait l'école, et c'était la première association où moi, j'étais secrétaire générale et Marianne Ka Corrèa avait été promue présidente. C'est ce qui a continué jusqu'à ce que Marianne Sidibé Ndiaye, la dernière, soit présidente. En même temps qu'il y avait cette association qui était apolitique, nous militions au sein d'un syndicat qui regroupait les médecins, pharmaciens et sages-femmes ; le SYMEVETOPHARSA. C'était pour respecter l'esprit de l'ancienne école. Moi-même donc, j'ai milité pour la cause des sages-femmes, autant sur le plan syndical que politique jusqu'aux années 1972 et j'étais aussi maîtresse sage-femme. J'ai eu un événement ; j'ai perdu mon mari Alassane Sow en 1972. Après mon veuvage, on m'a affectée au ministère de la Santé comme conseillère technique du Ministre, c'était Daouda Sow (1972-76). J'étais aussi vice-présidente du Conseil économique et social par le biais du syndicat, mais n'empêche que je continuais mon travail (de sage-femme), alors, j'ai été peut-être la première personne chargée d'initier le Bureau de planification familiale qui se trouvait à la PMI de Médina en 1976. Le Ministre m'avait affectée là-bas en me disant qu'il faut réfléchir un peu. On avait fait des stages, Marcelle Pellegrin et moi, un peu partout et là, j'ai créé le premier noyau qui se trouvait à la PMI de Médina.

N. G. : Est-ce que vous pouvez nous parler de votre cursus administratif ?

S. S. C. : Alors, (j'ai allié) vie professionnelle, vie politique et vie associative, j'ai eu de bons conseils, surtout du Premier Ministre d'alors, Abdou Diouf, que je connaissais pour avoir assisté sa femme Élisabeth pour la naissance de deux de ses enfants, (il) me disait bon, écoute Siga, on dit que tu es la plus valable, il faut faire le concours de l'ENAM, il te permettra d'avoir un autre statut. Bon, je dois dire que j'étais emportée par tous ces mouvements, même à la maternité, le professeur Corrèa disait, on va perdre l'une de nos meilleures sages-femmes parce que je faisais les accouchements sans douleur aux femmes de personnalités bien sûr, c'était un cadre vraiment très motivant, mais au fil du temps, j'ai passé le concours inter-professionnel pour l'ENAM en 1976, laissant un peu mon manteau de sage-femme. N'empêche que cela m'a poursuivi quand même ; à ma sortie de l'ENAM, Mamadou Diop était Ministre de la Santé et le Premier Ministre d'alors, Abdou Diouf, voulait me prendre comme conseillère technique. Mamadou Diop lui avait dit Siga connaît tellement de chose de la santé, j'aimerais que tu me la laisses, je vais en faire une conseillère. Bon, de discussion en discussion, je suis retournée au ministère de la Santé comme conseillère technique chargée de la planification des questions internationales. C'est à cette époque-là qu'on a négocié l'hôpital de Saint-Louis, l'hôpital de Ziguinchor, etc., où l'OMS organisait des réunions techniques pour les personnels de la santé. C'était vraiment une certaine continuité.

Sortie administratrice civile (en 1979), j'étais retournée au ministère de la Santé, et en 1982, quand on a créé le ministère de l'Action Sociale qu'on a confié à un syndicaliste qui militait avec moi, Ibrahima Diagne, ce dernier avait sollicité le Ministre en lui disant, je ne connais rien aux questions sociales, il faut que Siga vienne m'aider. (Alors), j'ai été nommée Directrice de l'Action sociale en 1982. Et dès octobre 1983, j'ai été élue Présidente de la Croix Rouge Sénégalaise. Voilà donc un peu pour le cursus administratif.

N. G. : Avez-vous fait des études en France ?

S. S. C. : Il faut dire que j'ai bénéficié de bourses d'études, de rencontres, de séminaires qui m'ont emmené un peu partout dans le monde, mais vraiment, mes études, c'est au Sénégal que je les ai faites.

N. G. : Y avait-il des parents qui refusaient que leurs filles partent en France ?

S. S. C. : En tout cas moi, disons qu'a priori, je ne me sentais pas du tout inférieure, bien au contraire, parce que j'ai fait mes études au Sénégal, bon vous discutez un peu avec les gens, ils vous diront leurs appréciations. On ne peut pas se juger soi-même, mais on se fait une idée de ce que les gens peuvent penser de vous. Étant sage-femme, vraiment je dois dire que c'est un métier qui m'a apporté beaucoup de satisfaction, et sur le plan du travail, et sur le plan des relations humaines, parce que beaucoup d'amitiés que je me suis faites et tout, dépend de cette période-là où vraiment la sage-femme était la personne idoine à qui les femmes faisaient a priori confiance. On avait des médecins renommés à nos côtés et il y a des femmes..., par exemple, je vous donne une anecdote, il y a des femmes que je suivais pour l'accouchement psychoprophylactique dont les maris étaient "hauts placés" bien sûr. Au début c'était la consultation du professeur Corrèa, lui-même me disait tu prends telle en charge et je suivais tout, mais par exemple, au moment de l'accouchement, il y avait (certaines) qui, quand je devais d'appeler le professeur pour l'accouchement, faisaient tout pour accoucher avec moi sans attendre le professeur.

N. G. : Est-ce que ces cas nécessitaient l'intervention du médecin ?

S. S. C. : Pour ces femmes dont je vous parle, elles étaient d'une certaine catégorie, c'était toujours heureux qu'on dise que c'était le professeur qui m'a assistée, mais finalement, elles avaient voulu que ce soit la sage-femme. Bon les cas difficiles, il faut dire que même (devant certains), le médecin nous faisait volontiers confiance parce qu'il y avait des problèmes par exemple qui leur étaient difficiles de résoudre, mais bon, en bonne sage-femme, on arrivait à trouver solutions, par exemple dans des cas de version, dans des cas d'accouchement par siège, dans certaines interventions où la dextérité de la sage-femme pouvait régler certains problèmes. Donc, on n'avait pas cette étiquette de l'Europe où la sage-femme a des gestes limités : elle n'a pas le droit de faire telle ou telle chose. Mais, tout dépend de la confiance réciproque que le médecin avait par rapport à la sage-femme et quand souvent on lui téléphonait pour lui dire qu'il y a telle ou telle situation, il nous disait, vous êtes capables de régler ou pas... Et il faut dire qu'à cette époque-là, pourquoi on avait fait de ces femmes qui étaient nos parturientes, les meilleures amies, (c'est parce qu'il y avait une certaine éthique d'accueil, de conversation, de discrétion, de confiance ; il y avait un courant entre la femme qui se confiait et la sage-femme qui s'en occupait, toute chose, qui au fil du temps s'est estompée et malheureusement, (et) c'est dommage, (qu'on ne retrouve plus.

N. G. : La plupart des sages-femmes que j'ai rencontrées ont déploré cette situation.

S. S. C. : Absolument. Bien sûr les anciennes promotions sont restées très attachées, les jeunes que nous avons formées sont toujours là, (et) c'est très agréable, quelquefois j'arrive dans une formation pour telle ou telle chose, je ne connais pas la sage-femme qui est là a priori, elle me dit, madame vous ne me reconnaissiez pas, c'est vous qui m'avez formée. Je dis j'espère que vous faites le bonne graine, alors vraiment c'est quelque chose de très motivant, et c'est une profession vraiment humaine qui rapproche vraiment les gens.

N. G. : Vous avez parlé du CESSI, comme sage-femme, vous aviez donc la possibilité de faire des études supérieures pour vous perfectionner.

S. S. C. : Moi, j'ai eu la chance, disons, d'être mariée à un homme qui croyait fermement à la formation permanente. Donc, au début, j'étais jeune sage-femme, bien mariée et tout, j'avais ma première fille, j'étais à la maternité, j'avais mes jours de garde et autres, quand j'arrivais chez moi, bon j'avais ma petite voiture en 1959 (...), j'habitais le rond-point de

Colobane qui était adossé au quartier de Colobane de l'époque où vraiment c'était le bidonville. Alors, ce qui m'a beaucoup frappé, c'est qu'un jour, mon mari est venu à la maison et il m'a dit quel est ton programme, j'ai dit que je vais voir ma maman ou aller à la plage. Il me dit : écoute, tu as une profession hautement sociale, tu es adossée à un quartier populaire, tu ne trouves pas que tu as quelque chose d'autre à faire avec ces femmes-là que d'aller à la plage (...). Intelligemment, lui étant responsable politique au niveau du quartier, il a appelé les femmes du quartier en leur disant : ma femme est là-bas elle ne fait rien quand elle descend de garde (...), vous n'avez même pas de secrétaire pour vos papiers, quand vous avez des problèmes vous irez la voir. C'est comme ça finalement qu'il m'a entraîné à faire de la politique. Alors, les femmes (avaient) fait une délégation ; elles (venaient) deux après-midi par semaine, je faisais du social, et politiquement, on commençait et voilà comment j'ai pris la pente pour militer politiquement, militer social.

N. G. : Dans quel parti avez-vous milité ?

S. S. C. : C'était au niveau de l'UPS à l'époque, et là vraiment on a organisé par exemple le programme de nutrition appliquée avec le Secours catholique américain. Bon, c'était des femmes qui militaient (...) dans les quartiers. On les apprenait à peser, etc. C'était des choses très intéressantes mais qu'on ne retrouve plus. On faisait de l'éducation des mères et la surveillance nutritionnelle qu'on connaissait déjà en tant que sage-femme, qu'on appliquait à une grande échelle et, à cette époque-là, il n'y avait même pas l'idée d'agents communautaires, mais avec les femmes avec qui on était, on a fait des pesées (et on les apprenait aussi) comment identifier une diarrhée.

N. G. : C'était en quelle année.

S. S. C. : À partir des années 1965 jusqu'en 1969.

N. G. : Peut-on revenir sur le CESSI.

S. S. C. : Voilà donc, je vous disais quand il y a eu cette école, mon mari m'a dit il faut te présenter puisque cette école est d'un grade supérieur par rapport au diplôme que tu as eu. Donc, je me suis présentée au concours et j'ai réussi, c'était pendant trois années (la formation). On faisait de la psychologie, la sociologie approfondie, le français qu'on continuait, les techniques de communication, les stages pratiques et puis surtout, l'option santé publique, comment l'appliquer au niveau des masses et c'est au CESSI qu'on a appris à faire des enquêtes vraiment approfondies sur le plan familial. La première école était implantée dans le quartier de Rebeuss, en notre deuxième année, il fallait après enquête, que chacune d'entre nous, choisisse une famille à suivre jusqu'au bout. On vient, on voit la famille, sa composition, la monographie du quartier ; (les) problèmes au niveau de cette famille, etc. On insère notre action jusqu'à créer des petites pharmacies de famille, (montrer) les gestes qu'il faut quand il y a un problème, ensuite s'attache la mère si elle n'a pas d'activités économiques, etc. Vraiment, cela nous a appris à pénétrer et moi, ma meilleure satisfaction (c'est) quand j'ai terminé, l'aînée de la famille a passé le concours de sage-femme et l'avait réussi. C'était vraiment sensationnel. Alors, le CESSI nous a donné cette troisième dimension et la Santé publique n'était plus une utopie pour nous et l'on pouvait vraiment se dire que la Santé publique ce n'est pas seulement le curatif, c'est aussi la prévention, finalement la socialisation de tout cela.

N. G. : Est-ce que vous exerciez ces activités parallèlement à votre métier de sage-femme ?

S. S. C. : Non, c'est-à-dire qu'en 1958, je suis sortie de l'EAMP, j'ai exercé en mars 1959 jusqu'en 1960 à la maternité, j'ai passé le concours de l'ESFE. Pour le concours de l'ESFE, il n'y a pas eu de rupture puisqu'en fait, on faisait les stages en maternité, on avait les cours à l'université ou à l'ESFE. À ma sortie, j'ai été réaffectée à la maternité Le Dantec. C'est à cette époque que les problèmes de maîtresses sages-femmes se posaient, c'était une maternité-école, nous, nous étions élèves là-bas, et cela nous permettait cliniquement d'acquérir des

connaissances et il faut dire qu'on a été gâté par le professeur Corrèa qui nous connaissait individuellement (...). Ce n'est donc quand j'ai perdu mon mari, que j'ai quitté la blouse pour aller au ministère et, sortant du CESSI, je suis retournais à la maternité.

N. G. : Et le cadre des sages-femmes d'État, quand est-ce qu'il a été créé.

S. S. C. : Après les indépendances. Il y avait toujours le cadre des sages-femmes africaines. Moi, par exemple, quand je suis sortie en 1958, c'était presque l'avant-dernière promotion avant l'extinction de l'École des sages-femmes africaines. Donc, (pour) nous qui sommes sorties de là-bas, on a dit mieux vaut entrer dans le nouveau cadre, c'est pourquoi, on a préparé le concours des sages-femmes d'État. L'école a été créée en 1956-57 mais le cadre a vu le jour à partir de 1961-62.

N. G. : Quel est le rôle réel de la sage-femme et sa place dans la structure administrative et sociale ?

S. S. C. : Bon, il faut dire que ça a fait l'objet d'un combat, autant pendant la période coloniale que nous avons connue. La sage-femme avait une représentation très positive au niveau de la société. Les familles concevaient leurs filles ou sage-femme ou institutrice. Donc vraiment, c'était l'élite féminine, alors une image quand même qui a perduré avec les promotions dont je vous ai parlé et surtout nos anciennes Africaines. On s'est rendu compte que c'était une question d'époque et non de compétence, le problème du diplôme d'État par rapport au diplôme africain, parce que les sages-femmes africaines qui nous ont formées étaient les meilleures sages-femmes jusqu'au moment où elles se sont estompées et nous qui avions la chance de faire l'EAMP, nous n'avons pas démérité.

N. G. : Je vous remercie.

Entretien avec Ramatoulaye Seck (R. M.), le 8 août à Ouakam.

N. G. : Voulez-vous vous présenter d'abord ?

R. S. : Je m'appelle Madame Guèye, Ramatoulaye Seck. J'ai fait mes études de sage-femme de 1956 à 1957 à l'École des sages-femmes qui se trouvait à l'époque à l'hôpital Aristide Le Dantec. Comme professeurs, on avait le docteur Paul Corrèa, le professeur Le Cannelier et Madame Verry qui était la directrice de l'internat des sages-femmes. Le régime, c'était l'internat avec ses trois promotions : première, deuxième et troisième année, et le diplôme se passait à l'université de Dakar parce que c'était le diplôme d'État. Ce diplôme nous permettait de travailler dans tous les États africains et en France. Donc, l'examen pour entrer à l'école des sages-femmes se passait en principe au niveau du BFEM ou alors en seconde et nous, c'est à partir de la seconde ou de la première ou même il y a certaines qui avaient le bac et qui passaient l'examen. Donc, en gros c'était ça.

N. G. : Est-ce que vous avez étudié en France ?

R. S. : Non. Nous, nous étions la première promotion de l'ESFE et, à l'époque on n'était pas nombreuse, on était quatre et toutes les autres qui avaient réussi au concours, la plupart étaient parties en France, mais en cours de route, pendant nos trois années, il y en a (certaines) qui étaient revenues de France nous rejoindre soit en seconde année, soit en troisième année.

N. G. : Peut-on parler de vos débuts dans la Fonction publique du Sénégal ?

R. S. : Alors là, j'avoue que le métier de sage-femme à l'époque ce n'était pas comme maintenant, c'est une profession qui était très prisée. Les femmes et les jeunes filles qui

passaient l'examen étaient des femmes d'une certaine classe, parce qu'à l'époque, avoir le brevet, ce n'était pas donné à tout le monde, encore moins (rupture). Je disais donc être sage-femme à l'époque, c'était vraiment un beau métier qui était considéré et ce n'était pas tout le monde qui pouvait avoir accès à ce métier. Donc, les femmes et les jeunes filles qui embrassaient ce métier étaient bien vues. C'est vrai que le salaire n'était pas assez important, mais avec le coût de la vie qui était en cours, c'était assez acceptable et en dehors de ce que la Fonction publique nous donnait, les patientes avaient une certaine considération pour nous. Elles nous gâtaient, elles nous donnaient des cadeaux le jour de leur baptême, il y en a certaines qui nous donnaient un gigot, un bol de "lakh" et même du riz etc., d'autres donnaient de l'argent (...), elles étaient reconnaissantes. Moi, je me rappelle à l'époque, dans le village de Ouakam où j'étais la seule sage-femme de Ngor-Ouakam-Yoff, toutes les femmes enceintes, avant d'aller à la maternité, passaient par chez moi, je les examine, voir si elles sont en travail ou pas et elles partaient. Quand elles étaient en travail, je leur disais qu'elles sont en travail, parfois je les accompagnais et je revenais même si je n'étais pas de garde. Donc, pour elles aussi, elles se croyaient obligées de faire un geste envers moi. Donc, c'était des cuisses de mouton, des bols de "lakh", du riz etc., si bien que mon frigidaire était toujours garni. Alors ça compensait un peu le manque à gagner.

N. G. : À vous entendre, toutes vos études ont eu lieu à Dakar.

R. S. : Comme je disais, nous étions la première promotion de l'ESFE de Dakar. La première année était un tronc commun avec l'École des infirmiers d'État. On avait l'internat et c'était presque une maison, et comme on n'était que quatre, alors il y en avait deux dans chaque chambre ; on les appelait des dortoirs mais c'était presque des chambres et l'on avait un salon où l'on prenait nos repas, on était en famille et il y avait quelques infirmières, voyant que notre internat n'était pas mal parce qu'on était pas tellement surveillées, notre surveillante était étudiante, elle nous disait l'essentiel est que vous arrivez à l'heure aux cours et aux stages. Donc, vraiment c'était la liberté, ce n'était pas comme maintenant, on avait une certaine rigueur sur nous-même, nous savions ce que nous voulions et l'on avait une certaine conduite ; on ne se laissait pas aller et l'on avait certainement des copains et d'autres copines, mais on attachait de l'importance à ce que nous faisions.

Donc, la première année était un tronc commun et à partir de la deuxième année, on commençait à se spécialiser dans les études de sage-femme et à l'examen de sortie, c'étaient des professeurs qui venaient de France avec quelques professeurs qui étaient à Dakar et qui nous interrogeaient et nous passions l'examen à l'université de Dakar.

N. G. : Avez-vous la possibilité, en tant que sage-femme, de faire d'autres études pour devenir médecin par exemple.

R. S. : Oui, on avait la possibilité. J'ai eu une copine qui, quand j'ai quitté l'hôpital, parce qu'à ma sortie j'ai fait un an à l'hôpital Le Dantec, après ça, j'ai fait trois ou quatre ans à la maternité de Ziguinchor et là j'étais la seule sage-femme de toute la région de Casamance et je n'ai pas connu celle que je remplaçais ; elle a pris le bateau le matin et moi, je suis arrivée le soir par avion, donc on ne s'est pas vue, il n'y a pas eu de passation de service. Et maintenant quand je suis revenue à Dakar, j'ai fait encore un an à Le Dantec et j'ai dirigé la maternité de Repos Mandel. Là, j'avais même commencé à prendre des cours avec un de mes collègues qui avait fait ses études en France et qui prenait des gardes au niveau de la maternité où j'étais la maîtresse sage-femme. Donc, on avait commencé à prendre des cours pour pouvoir passer l'examen et devenir médecin, mais comme j'étais la maîtresse sage-femme, les médecins du service général comme le docteur Abass et le docteur Signaté à l'époque m'avaient dit : vous êtes maîtresse sage-femme, vous ne pouvez pas vous absenter. Mais, j'avais favorisé ma camarade-là, elle prenait des gardes de nuit seulement et le jour, elle allait faire cours et elle est devenue médecin par la suite.

N. G. : Comment s'appelle-t-elle ?

R. S. : Elle s'appelle Madame Diaby née Antoinette Koné.

N. G. : Où habite-t-elle ?

R. S. : Elle n'était pas là, elle a servi pendant longtemps à l'extérieur. Elle était devenue la deuxième personnalité de l'OMS et là, elle a pris sa retraite. Alors, donc en dehors de cela, il y avait d'autres sages-femmes qui ont passé des examens, qui sont devenues des administratrices civiles : (c'est) le cas de Siga Sow Coulibaly, le cas de Fatou Ndiaye.

N. G. : À cette époque, existait-il de nombreuses filles bachelières ?

R. S. : Non, parce que moi, je me rappelle c'est quand je faisais la seconde que j'avais passé l'examen comme ça, parce qu'on nous disait qu'avec le bac les filles échouaient, on avait très peu de chance de passer. Donc, il fallait une filière où s'intégrer. Donc, c'est en seconde que j'ai passé et la plupart de mes camarades aussi ont passé l'examen d'entrée à l'ESFE. Mais, il y en a qui, après s'être tuées au bac, viennent passer le concours des sages-femmes. Mais, la plupart d'entre elles qui avaient le bac préféraient continuer au lieu d'aller faire l'ESFE.

N. G. : Vous avez parlé de votre passage à Ziguinchor, avez-vous travaillé avec les matrones.

R. S. : Les matrones, oui, j'ai travaillé avec pas mal de matrones, parce qu'à l'époque, justement, on les formait. On avait commencé à les former parce qu'il n'y avait pas assez de sages-femmes. Il y avait quelques infirmières. On les appelait des infirmières mais en fait, elles étaient des aides-infirmières. En dehors d'elles, on formait des matrones qui, même après, elles ne s'appelaient pas matrones et elles préféraient qu'on les appelle infirmières ou sages-femmes, mais il y avait quand même une bonne formation des matrones.

N. G. : Comment jugiez-vous leur travail ?

R. S. : Elles ont beaucoup apporté et même quand je suis revenue à Dakar, au niveau du Repos Mandel, j'ai eu à former des matrones. On prenait trois ou quatre dans les villages environnants comme Ngor, Ouakam, Yoff, Grand-Yoff, Parcelles Assainies, Hann, etc., après deux à trois mois de formation, on leur donnait une trousse, elles avaient leur boîte, on leur donnait un certificat et là, elles avaient la possibilité d'aider les femmes dans leurs localités respectives. Je me rappelle Khady Ndiaye qui est là, même ce matin, je l'ai rencontré. Elle me disait qu'elle a assisté une femme qui avait une grossesse gémellaire, elle venait de l'accoucher.

N. G. : Elle continue de pratiquer donc.

R. S. : Oui, elle continue de pratiquer et elles étaient nombreuses, malheureusement c'est la seule maintenant que je connaisse.

N. G. : Pour devenir maîtresse sage-femme, fallait-il passer un concours ou ien.

R. S. : À l'époque, vous savez, il y avait les sages-femmes d'État et les sages-femmes africaines. Donc, moi, quand je suis arrivée au Repos Mandel, la plupart des sages-femmes que j'avais trouvées étaient des sages-femmes africaines ou alors, si elles avaient un diplôme d'État, elles étaient d'un certain âge. Et comme j'étais jeune, fraîchement sortie de l'école, c'est le médecin chef qui m'avait nommée, mais je n'avais pas passé de concours pour devenir maîtresse sage-femme.

N. G. : Et après l'institution du CESSI, on pouvait être maîtresse sage-femme par concours.

R. S. : Oui, il y avait certaines qui passaient par le CESSI. Moi je n'ai pas fait le CESSI, mais je me rappelle que les Siga Sow, Marie Victoire Gomis et autres avaient fait le CESSI. Moi par contre, après ça, j'avais fait le planning familial en spécialisation. Nous étions parmi les premières à le faire. On nous a fait faire un stage aux Etats-Unis pendant quatre mois

et demi dans un premier temps, on est rentré au Sénégal un ou deux ans après, on y est retourné encore, à Baltimore pour continuer la formation pour un an et demi. Après on a ouvert une école de planification familiale au niveau de Dakar et là on était plutôt les monitrices, on était les formatrices, on a subi une formation des formateurs et après on a formé des sages-femmes en planning familial.

N. G. : C'était à partir de quelle période.

R. S. : Bon, c'était en..., je sais qu'en 1981 j'étais à Baltimore et l'autre, je pense que c'était en 1978 (...).

N. G. : Étiez-vous membre de l'ANSFS ?

R. S. : Oui, j'étais membre actif d'ailleurs.

N. G. : Qu'est-ce que l'association a fait pour la défense des intérêts des sages-femmes ?

R. S. : ON a fait pas mal de choses, mais il y avait toujours les tiraillements entre celles qui étaient syndicalistes et aussi les idées politiques parce que parmi nous, il y en avait qui étaient du PS à l'époque, d'autres qui étaient de l'opposition ; du PRA/Sénégal, les Léna Fall Diagne, Siga Sow, Aïda Sarr, la femme de Falilou Diop... On avait un très bon début, de bonnes idées et l'on s'était battu pour avoir un terrain et pouvoir édifier ce qu'on appelait la " maison de la sage-femme ". Malheureusement, on a eu ce terrain, mais finalement, avec les lenteurs administratives, les petits tiraillements qu'il y avait, on a jamais pu édifier cette maison. Mais quand même la volonté y était et l'on se réunissait, il y avait des sages-femmes d'un certain âge comme mesdames Corrèa, Bâ, Diallo qui étaient avec nous et qui poussaient. On s'était battu aussi au niveau du Gouvernement pour avoir la même grille indiciaire que les sages-femmes qui venaient de France parce qu'on avait remarqué qu'elles touchaient un peu plus que nous. Ce n'était pas beaucoup, mais quand on l'a signalé, on a fait des démarches et l'on nous a alignées.

N. G. : C'était en quelle année.

R. S. : Les années ! En tout cas je me rappelle, la première fois c'est Amadou Cissé Dia qui était Ministre de la Santé qui avait bien voulu nous recevoir et discuter avec nous et, tout de suite, il pensait que c'était une injustice et il avait voulu rectifier. La deuxième fois, je crois que c'était avec Abdoulaye Fofana, lui aussi, il nous a écouté d'une oreille attentive et il a corrigé. Et chaque fois qu'il y avait un ministre de la Santé, le courant passait. Il y en avait avec un que ça ne passait pas, comme il était médecin, vous voyez...

N. G. : Et qui était-ce ?

R. S. : (Rire). Non, ce n'est pas la peine.

N. G. : À part les revendications salariales, y avait-il d'autres que posait l'association ?

R. S. : Les conditions de travail. On se bagarrait pour ça, mais c'était là des revendications plutôt syndicales. Mais, à un moment donné, les revendications, que ce soit syndicat ou association, c'était presque pareil. Ce n'était pas facile aussi d'avoir gain de cause, mais il y avait quand même qui étaient sensibles à nos doléances, qui nous encourageaient et au point de vue conscience professionnelle aussi, vraiment les sages-femmes de l'époque étaient consciencieuses et l'on avait beaucoup de problèmes. Parce que rien que pour une garde, on pouvait facilement faire 40, 50, 60 accouchements, je ne dis pas 24 H, parfois c'est 12 H de la nuit, parfois c'est 12 H de la journée, mais facilement on atteignait les 50 accouchements.

N. G. : Dans votre travail, vous étiez secondées par des infirmières, matrones, filles de salles, etc.

R. S. : On avait des aides-infirmières qu'on avait formées au niveau de l'hôpital Le Dantec et elles nous aidaient. On avait aussi des matrones qui se chargeaient de vider, de nettoyer etc. Les aides-infirmières, une fois l'accouchement fait, elles nettoyaient le bébé, l'habillaient...

N. G. : Vous avez toujours servi en maternité ou vous avez aussi fait la PMI.

R. S. : J'ai fait les consultations prénatales. J'ai eu à faire ces consultations dans la banlieue Est, c'est-à-dire, Pikine, Hann, Thiaroye/Mer, Thiaroye Gare, Yeumbeul, Malika, Keur Massar, etc. Pikine ; comme c'était peuplé, j'y allais deux fois par semaine, Mbao une fois tous les 15 jours, et Thiaroye/Mer une fois par semaine.

N. G. : Est-ce qu'il y avait des maternités ?

R. S. : Oui, il y avait des maternités, mais pas partout. Ça commençait à pointer, les maternités de banlieue. C'est dans les dispensaires que je faisais les consultations.

N. G. : Quelle a été la nature des relations avec vos supérieurs et avec les parturientes que vous receviez ?

R. S. : Il y avait de très bonnes relations avec les parturientes. On se faisait même des amies. Tout le quartier, tout le village finalement nous connaissait et l'on avait vraiment de bonnes relations. Bon pour nos supérieurs aussi, il n'y avait pas de problèmes dans la mesure où on faisait bien notre travail.

N. G. : Et les maîtresses sages-femmes européennes, étaient-elles toujours vos supérieures ?

R. S. : Non, n'importe où je passais, je n'avais pas de supérieure maîtresse sage-femme. Le supérieur, c'était le médecin chef.

N. G. : Mais quand elles étaient là, pouvait-il arriver qu'une sage-femme européenne soit sous les ordres d'une sage-femme d'État africaine.

R. S. : À partir d'un certain moment, elles venaient avec les grades de maîtresse sage-femme et elles avaient des collègues maîtresses sages-femmes africaines, mais le courant passait.

N. G. : Vous étiez député à l'Assemblée nationale, peut-on parler de votre vie politique.

R. S. : J'ai fait de la politique parce que j'habitais le village de Ouakam. J'avais commencé à aider les femmes. J'ai créé un centre social où j'aidais les femmes à apprendre à tricoter, à coudre, à faire de la teinture, à s'alphabétiser et, certaines jeunes filles qui avaient la chance d'aller à l'école et qui avaient arrêté leurs études, j'essayais de les récupérer et de leur demander de poursuivre leurs études, et certaines d'entre elles étaient allées même jusqu'à passer le CEP et l'obtenir. Donc, c'était vraiment un projet et à l'époque, il y avait Annette Mbaye d'Erneville qui était journaliste à la Radio Sénégal et qui, une fois, était venue faire un reportage sur ce qu'on faisait. Il y avait un groupement qu'on appelait " femme d'aujourd'hui " et il y avait des articles qui étaient passés et ça avait intéressé certains milieux français et il y avait des femmes qui nous aidaient en nous envoyant de la laine, des tissus, des aiguilles, donc, tout un matériel dont nous avons besoin. Finalement, le centre était devenu quelque chose d'important et presque toutes les femmes du milieu le fréquentaient. Et cela m'a un peu lancé, je peux dire (...).

N. G. : Quel est votre dernier mot, avez-vous des suggestions à faire à l'endroit des jeunes et futures sages-femmes.

R. S. : Là, je crois qu'il y en a qui se plaignent, mais elles ont beaucoup plus de chance que nous. Quand je vois l'indice avec lequel elles commencent maintenant, nous, nous n'avions pas cet indice. On avait les 221, ce qui faisait 34 000 F de salaire, et chaque fois qu'il y avait des avancements, c'était des avancements de 2 000 F. En tout cas, je pense que le métier de sage-femme est un très beau métier, mais qu'il faut aimer ; c'est le faire avec beaucoup de cœur parce que c'est un sacerdoce. Moi, vraiment, je pouvais passer une nuit entière ou 24 H à faire des accouchements, ça ne me dérangeait pas. Parfois, on oubliait même de manger parce que je trouve que c'est tellement beau de mettre des enfants au monde. Quand on sortait un bébé qui crie, vraiment on était contente et quand c'était l'inverse, on était afférée, on essayait de le ranimer, il fallait tout faire pour qu'il vive. J'espère que ça, ça ne peut se remplacer. On ne donne pas la vie, mais on aide à affronter la vie, à sortir du ventre de sa mère, j'espère vraiment que c'est beau. Je pense aussi qu'il faut aider les sages-femmes par des infrastructures adéquates, et surtout par la rémunération et les indemnités de suggestion, parce que quand tu vois tout ce qu'on fait avec les enseignants, on devait pouvoir faire la même chose avec les sages-femmes, parce que vraiment ce qu'on leur paye par rapport à ce qu'elles font, ce n'est pas motivant. C'est un métier qui demande beaucoup de sacrifice.

N. G. : Je vous remercie.

Entretien avec Marie Touré Ngom, le 16 juillet 2002, 16 Rue Mangin x Reims, Rebeuss

N. G. : Voulez-vous vous présenter ?

M. T. N. : Je suis Marie Ngom née à Dakar le 15 octobre 1929, j'ai fait mes études primaires et secondaires à Dakar.

N. G. : Peut-on parler de l'évolution des sages-femmes ?

M. T. N. : On les appelait d'abord les médecins et sages-femmes auxiliaires indigènes, puis les médecins et sages-femmes africains. Il y avait possibilité de recyclage et d'épreuves de principalat dix ans après le service. Je pense qu'on planifiait bien aussi, on savait par exemple qu'il fallait un médecin pour 15 000 habitants, une sage-femme pour 25 000 et l'on formait les promotions en conséquence. Donc personne ne chômait comme maintenant et personne n'allait à la recherche d'un emploi, on savait qu'on entrait dans tel service pour telle filière et par tel grade au début et le nombre d'années pour se recycler, venir à Dakar et faire le principalat pour devenir sage-femme ou médecin principal. Les affectations se faisaient sans l'avis des intéressés et si on avait une peur bleue, c'était d'être affectée en brousse, et en brousse, ça ne voulait pas dire Tambacounda, Fongolembi ou Kouguekani, ça pourrait être Wagadougou, Banfora, Niger, Gao, Tombouctou, parce que c'était l'AOF, ce qu'on appelle aujourd'hui la sous-région. Donc ces promotions étaient réparties dans toutes l'Afrique de l'ouest et du centre. La formation pour les élèves médecins était de quatre années et pour les élèves sages-femmes trois années. Quand nous entendons parler de l'intégration, ça nous fait rire, nous nous sortions intégrées. Je pouvais retrouver une ancienne promotionnaire Camerounaise comme je pouvais retrouver une Togolaise ou une Ivoirienne. En fait, plus tard j'ai vu le bienfait (rupture). Donc, comme je vous le disais, on était une classe de gens du corps médical, les sages-femmes, on les appelait la main-d'œuvre médicale à bon marché, je suppose que les médecins aussi, les soldes étaient assez dérisoires bien après mes dix années, je ne percevais que 44 000 F. Quand on a instauré l'École des sages-femmes d'État, d'abord on faisait son stage, ou travaillait au bout d'un certain temps, quand on voulait avoir le diplôme d'État de sage-femme, ou se remettait à l'École... Donc, on avait la possibilité de devenir sage-femme d'État et docteur en médecine. Le médecin quand il avait un certain nombre d'année, deux ou trois ou quatre ans, pouvait se remettre s'il n'avait pas le bac ou aller à Bordeaux, à Angers en France pour faire le doctorat en médecine. Pour les sages-femmes, pour le même nombre d'année, on pouvait s'inscrire au lycée, faire le bac quand on ne l'avait pas ou entrer

dans une école de sages-femmes d'État. Pour cette période, il y avait les sages-femmes qui avaient le bac. Oui, mais elles étaient rares, elles entraient à l'ESFE sans concours si je ne me trompe pas. Et quand on n'a pas le bac on pouvait entrer à l'ESFE après un concours et le brevet.

N. G. : On dirait qu'il y avait coexistence entre l'École Sages-Femmes africaines et l'ESFE.

M. T. N. : Oui, il y a eu coexistence ; quand l'ESFE existait, l'ESFA existait encore. Moi, je fais partie des premières promotions qui avaient occupé l'École actuelle des Sages-femmes d'État : il y avait aussi Siga Sow Coulibaly, Mme Aïcha Ndoye. On nous a dit que ce n'est plus la peine d'aller en France, ce qui fait que, et j'en suis très fière, tout ce que j'ai fait comme diplômes médicaux ou sociaux, je l'ai fait ici au Sénégal, ce qui veut dire que c'était possible.

N. G. : Trouvez-vous des inconvénients à aller en France pour la poursuite des études.

M. T. N. : Moi, apparemment non, d'abord parce que c'était rare qu'on y aille non mariée ; nous étions déjà dans nos foyers, mais l'enjeu en vaut la peine. Nous après, nous avons pris le chemin de la France pour aller faire nos compléments de formation pour obtenir le diplôme d'État de sages-femmes. Et quand on revenait, on était intégrée dans le cadre des sages-femmes d'État, la aussi quelques exemples : nous avons madame Diop, Adélaïde Martial, elle a épousé un ministre guinéen. Arrivée en France, elle a été majeure pendant toute sa formation, ce qui veut dire que la formation technique et intellectuelle était solide. Je me rappelle, les unes et les autres, quand elles revenaient, disaient ça avec beaucoup d'hilarité : en France vous n'êtes pas autorisées à faire des accouchements tant que vous êtes élèves, et quand il nous arrive de délivrer une femme, on le savait et pour vous récompenser, on disait : vous n'aurez pas de sanctions puisque ça c'est bien passé, alors qu'on en avait fait pour la tonne et le quintal. Chaque nuit de garde, on pouvait compter 40 à 45 accouchements, la pratique était là sous la direction de la sage-femme principale et de la maîtresse sage-femme. Surtout les soirs de pleine lune, on plaisantait en disant : on dirait que les gens conçoivent quand il y a pleine lune, en tout cas pleine lune ou obscurité, les grandes étaient épouvantes.

Je pense que je suis prise assez au dépourvu, voilà les souvenirs que j'ai de l'école. Sinon, l'École des Sages-Femmes était dirigée par des gens émérites, il y avait la maîtresse sage-femme, une certaine madame Carréra (Française) ensuite Mme Besse et Mme Difour et Mme Very qui, pour son dernier poste, était maîtresse sage-femme à l'hôpital principal, mais c'était vraiment très important. Les gens qui nous formaient étaient ceux qui formaient les élèves médecins aussi, on a le colonel Sohier. On faisait l'obstétrique, la médecine (générale), les accouchements, l'épidémiologie, la puériculture. La pédiatre, elle, est née juste à ma sortie ; personne n'allait dans les hôpitaux, on sortait, son rêve était d'aller dans les maternités et un beau jour le pédiatre, le professeur Sénécal m'a formée et m'a dit à quoi ça sert de se former comme vous l'êtes et bien, quand vous n'êtes même pas capable de suivre l'enfant dans ses six premiers mois ? Les sages-femmes rêvaient d'être dans les maternités. Il y avait Mme Sy, Dieynaba Camara, la femme de Habib Sy, Aïcha Mbodji, etc., et moi-même, un petit groupe qui avait fait le stage en pédiatrie. Le cours de pédiatrie sociale a été instauré après.

J'ai eu à encadrer le cours de pédiatrie sociale au Sénégal, dans les régions, mais aussi dans les autres pays de la sous-région, notamment le Gabon, le Mali le Niger, le Burkina Faso (Haute-Volta). Les camarades me disaient mais comment se fait-il que tu connaites tout ça, que tu viennes nous former même.

N. G. : Donc avant l'institution du cours de pédiatrie sociale, il y avait un petit groupe formé pour s'occuper de la pédiatrie.

M. T. N. : J'étais la seule à être affectée en pédiatrie, celles dont je parle, Mme Ndoye, Aïcha Mbodji, Dieynaba Camara..., elles avaient choisi de servir les enfants aussi, mais à la PMI de Médina toujours sous l'égide de Sénécal qui était titulaire de la chaire de pédiatrie avec des services d'externes comme la PMI de Médina, quelque chose à Thiaroye où nous allions faire de tournées pour la périphérie pour nous rendre compte, histoire de connaissance du

milieu des problèmes qui nous viennent, d'où ils nous viennent par exemple, est-ce que c'est la pauvreté, la malnutrition, l'ignorance. Par la suite, bien plus tard, après la création de l'institut de pédiatrie social, le service d'application des principes de l'institut, c'est-à-dire, santé publique appliquée à l'enfance, c'était Khombole le premier lieu de stage, Pikine ensuite, puis un beau jour, j'ai dit à Mr Sénécal, les jeunes gagneraient plus que nous puisque après notre sortie, quand on nous mettez en brousse, (il) y a eu beaucoup de dépression, ou c'était le commandant qui est l'équivalent du préfet actuel, avec les harcèlements sexuels sur les sages-femmes et les institutrices, dans les parages, enfin, n'importe qui pouvait avoir ascendance sur nous et il y a eu beaucoup de dépression qu'on nous ramenait ici, nous qui avions la chance de rester à Dakar. Actuellement même, on dit que parmi les déprimées, il y a beaucoup trop d'enseignantes qu'on ramenait à la capitale pour dépression nerveuse.

N. G. : Pouvez-vous nous parler de la création de l'École des sages-femmes d'État à Saint-Louis.

M. T. G. : L'ESFE a été ici (à Dakar) ; c'est l'École des infirmiers qui a été installé à Saint-Louis et ensuite scindée en deux, les infirmiers simples, étaient formés après un tronc commun Saint-Louis, au service d'hygiène et les infirmières sociales étaient formées à l'école des infirmières sociales où je tenais la deuxième année (les cours à la PMI de Médina). La deuxième année était bicéphale : infirmier simple et infirmière sociale. C'est après qu'on a créé l'ENAS (École Nationale des Assistants Sociaux) et l'ENTS (École Nationale des Travailleurs Sociaux) et vu le profit des élèves qui vont sortir, c'est un administrateur civil qui sera le directeur. On lui a affecté le gouverneur Niang. J'étais la première directrice, mais dès qu'on a mis l'école en polyvalence, on a mis un administrateur civil. À l'époque, c'était le docteur Papa Gaye qui a été le Directeur de la Santé.

N. G. : Vous avez parlé des soldes qui étaient dérisoires, comment voyez-vous le passage du régime colonial au régime post-colonial.

M. T. N. : Je n'ai pas eu beaucoup de remarques de ce changement. S'il y a eu changement, c'est du point de vue engagement et conscience professionnelle. Et beaucoup de laxisme, actuellement c'est un laxisme sans nom, je peux oser le dire, ce que je vois, moi je n'ai jamais osé le faire ; négliger un malade et aller se discuter en salle de garde, rester là évidemment ce n'est pas agréable, vu le sous-équipement, encore c'est plus difficile. Du point de vue équipement aussi, je pense que la motivation était due au fait qu'on ne manquait de rien, il y avait les couveuses, des salles de forceps, il y avait un minimum d'équipements qui nous permettait de faire des merveilles avec les femmes qui accouchaient. On pouvait suivre une complication, vraiment réussi à juguler les complications, au niveau des sages-femmes déjà sous la supervision du médecin chef voir du chirurgien résident de Le Dantec, jusqu'à ce qu'il y ait césarienne, forceps ou une autre intervention avec survie des deux, mère et enfant.

N. G. : Vous faisiez rarement appel à vos supérieurs ?

M. T. N. : Nos supérieurs étaient toujours à l'écoute, quand ils allaient au cinéma, il laissait toujours leurs coordonnées. Maintenant avec les cellulaires c'est peut-être encore mieux. Mais on se coordonnait avec nos supérieurs, à la moindre des fautes, on avait une sanction qui dépassait l'importance de la faute. Moi je me rappelle avoir versé de l'huile goménolée sur les instruments métalliques qui devaient être huilés avant d'être rangés, je suis passée au conseil de discipline pour avoir versé l'huile goménolée par mégarde, je me suis dénoncée et j'ai été punie. Actuellement, il y a des fautes impunies, il n'y a plus de conscience face à l'importance de la vie humaine, ce qui me chiffonne un peu, je ne peux pas punir tout un corps, ni toute une génération, mais il se passe des choses qui dépassent un peu l'éthique morale du corps. Ça, c'est un avis personnel, je peux avoir la réplique les jeunes, elles savent peut-être pourquoi elles font ça, mais actuellement quand on se retrouve entre anciennes, on parle, on parle et après on se dit ce n'est pas la peine. (Mme Anna Guèye a eu à déplorer ces actes elle aussi). C'est ma cousine, voilà des gens qui restaient à côté des malades, des bébés à la crèche, elles ne sortaient pas de la crèche ; surveiller parce que même un vomissement peut passer par le nez, il faut que tu sois là dès que tu entends tousoter et neuf fois sur dix, c'est le

lait qui revenait, quand on ne tenait pas l'enfant jusqu'à ce qu'il rompe. Il y a à tout moment un cas, et le cas le plus simple peut se compliquer. Notre omniprésence, elle est de mise, quelquefois on nous appelait " bouton ", on (les autres professeurs) me disait, ah, c'est vous qui êtes sous l'aile du professeur Sénécal. C'est comme ça que mon mari m'a offert une voiture, il venait (du trésor), il m'attendait à la porte. Il me disait tu ne peux pas sortir au même moment que les gens, je lui disais (rire), viens, je lui montrais l'enfant que je venais de perfuser ou transfuser ou en tout cas aider à mettre sous l'oxygène en lui disant pardon, je suis sûre que tu retrouveras même le stylo que tu as posé sur la table, moi celui-là, si je le laisse là, je retrouverai le matelas plié et lui à la morgue. À la fin, il me disait bon, tu prends la voiture et moi je rentre par mes moyens, il comprenait. Ce n'était pas agréable aussi de venir poirotter devant une pédiatrie, quand il était sorti du bureau, depuis le port jusqu'à la pédiatrie (il était inspecteur du trésor). Entre nous, le dialogue est bien passé, il traitait des papiers avec des gens valides. C'est comme ça que j'ai été la première femme à conduire une voiture. C'était par nécessité, pour rester le temps qu'il faut quand ça valait la peine, jusqu'à ce que, en laissant un bébé, je le retrouve mieux ou en tout cas à côté de sa mère.

N. G. : Vous vous occupiez plus de la pédiatrie que des accouchements ou vous alliez les deux ?

M. T. N. : J'ai fait les deux, parce que j'ai été affectée un moment à la maternité, les sages-femmes, c'était la clé du temple, elles voulaient toutes rester à Dakar parce que les postes de brousses étaient durs, ou rester au Sénégal dans la capitale parce qu'aussi les villes secondaires jusqu'à présent, ce n'est pas le farniente et donc, moi quand j'ai vu que la pédiatrie en valait la peine, avec cette remarque (de Sénécal) : êtes-vous capable de suivre un nouveau-né que vous aviez aidé à mettre au monde jusqu'à l'âge de six mois, à moins qu'il ait l'assurance de survivre dans la vie périnatale et dans ses premiers mois, surtout quand la maman n'est pas préparée à faire son rôle de mère. C'est là qu'on a enclenché l'éducation pour la santé. J'ai exigé qu'on mette une salle avec appareil de projection et tout et j'ai complété moi-même en faisant la case qui se trouve actuellement derrière le pavillon de pédiatrie sociale de Le Dantec. Je prenais les mamans des mal nourris et quand le docteur passait au lieu d'aller papoter sous l'arbre, je les mettais là et je leur montrais les plats traditionnels capables d'éviter ou de traiter la malnutrition. Avec le docteur Thianar Ndoye de l'ORANA, nous avons identifié les plats comme le *Lakhu Thiakhane*, le *Thiopor*, le *Ndeutekh*, le *Guitimba*, tous les plats à base de céréales, de légumes, de feuilles qui pouvaient assurer la nutrition de la femme enceinte et de son bébé. C'est comme ça aussi que le BANAS (Bureau africain de Nutrition appliquée au Sénégal) est né, avant il y avait l'ORANA. L'Unité Sénégalaise a été mise sur pied par Thianar Ndoye dans les années 50. Moi, je passais dès que le temps me le permettait à l'ORANA pour prendre des cours de nutrition. C'est après qu'il y a eu des cours internationaux sur l'alimentation et la nutrition en Afrique au sud du Sahara. Chaque année il y en avait un, organisé soit par l'ORANA, soit pour le BANAS, soit par la pédiatrie, soit les trois ensembles. Tous les cadres (médecins, Sages-femmes, infirmiers, travailleurs sociaux...) étaient rassemblés. C'était financé par le CIE ou l'OMS ou la FAO ou le PAM.

N. G. : Donc, ces organismes ont été d'un apport particulier pour la formation des sages-femmes.

M. T. N. : Pas seulement pour les sages-femmes, avant c'était pour les médecins et les sages-femmes, mais après, on a vu que même le préfet formé, pouvait encourager des aires de production, avoir une oreille attentive pour la prévention des cas de décès. 50 % des enfants qui naissaient n'atteignaient pas la première année. Ils mourraient de tétanos d'abord, de malnutrition (ensuite). (Quand) on les sauvait, on était contente puis d'un coup la maman disait qu'il est parti (mort).

N. G. : Le suivi post-natal concernait-il aussi bien la mère que l'enfant ?

M. T. N. : Oui, après qu'on a créé une pédiatrie, on a vu que pour le nourrisson, il y avait les dispensaires n° 1 (Sandial), n° 2 (Avenue Faidherbe) et n° 3 (PMI actuelle). Le professeur Sénécal avec les chances qu'il avait de travailler avec l'OMS, (Gabriel Senghor, Tidiane Guèye), pendant leurs années d'activités, ont contribué à assoire toutes ses structures à

la faveur des enfants et des femmes enceintes. C'est comme ça que le PMI de Médina prenait en charge tous les cas de grossesse et l'on y a affecté des sages-femmes, c'est là que les sages-femmes avaient commencé à se détacher des maternités avec dernière la tête le fait qu'elles n'étaient pas assujetties aux nuits de garde, mais en tout cas elles étaient aussi utiles que quand elles prenaient des gardes. C'est ainsi qu'on a instauré des équipes mobiles pour sortir des postes médicaux comme Le Dantec, PMI et Pédiatrie et faire la banlieue, je me souviens avoir été à Malika, Yeumbeul, tout ça.

J'étais la première sage-femme affectée à la pédiatrie, cela a choqué un peu mais actuellement, on retrouve les sages-femmes partout, si elles choisissent d'être à la pédiatrie, elles y sont, si elles choisissent la PMI, la maternité, elles y sont affectées aussi. Le seul problème était d'accepter d'aller en brousse, c'était le sous-équipement et peut-être la solitude et un beau jour, un des ministres de la santé a voulu traiter le problème parce que le président Senghor lui a dit si vous n'êtes pas capable d'affecter les sages-femmes en brousse, je vous destitue. Il arrivait même qu'une sage-femme épouse un fonctionnaire pour ne pas aller en brousse. Bon, il y avait peut-être un brin d'amour un peu, mais il y avait surtout intérêt que le fonctionnaire pouvait faire des démarches, ce n'était pas toujours évident, mais il pouvait garder sa femme. Donc on a vu le rush des sages-femmes dans les postes médicaux, dans les centres de PMI où elles étaient aussi utiles que dans les maternités. La prénatale s'est développée avec l'éducation des femmes, la postnatale également, et l'on pouvait par exemple peser un enfant, si son poids n'atteignait pas les normes on leur montrait par exemple le chemin de la santé ; deux lignes entre lesquelles le poids doit graviter. Si ça allait en deçà du dernier trait, on disait que c'est le chemin de la mort, il faut qu'il réintègre le bon chemin. On poussait sur le *Thiopor*, le *Ndeutekh*, l'allaitement et la bonne nutrition de la mère, les galactogènes pour qu'elle ait du lait et qu'elle enclenche le sevrage dans le troisième ou quatrième mois, en introduisant un peu la bouillie. Là où la grand-mère mettait le doigt avec les bribes d'aliments nous, c'était les bouillies légères, épaissies un peu, enrichies un peu jusqu'à ce qu'il passe le cap difficile du sevrage et pour les mamans maintenant, il y a des travailleurs sociaux, des femmes qui viennent bénévolement dans les centres de PMI qui nous répètent ça de façon merveilleuse. Elles savent comment conduire l'alimentation d'un enfant de 0 à 2 et de 2 à 5 ans, elles connaissent les rythmes de consultations et les jeunes mamans suivent, celles qui sont lettrées le voient sur les carnets de santé, mais ce n'est pas évident avec les illettrées.

N. G. : Est-ce que vous perceviez des primes de risque ou des primes d'encouragement ?

M. T. N. : Prime de risque non, quand on montait une garde, on nous payait, moi, je n'ai jamais monté de garde parce que j'étais dans un service où, vu la charge de travail que j'avais, ce soit les infirmières qui gardaient, mais quand les infirmières rentraient le jour, c'est moi qui gardais, bon de toute façon, le corps médical en entier est sous payé par rapport à ce qu'il fait, même avec les négligences notées par-ci par-là. Moi quand j'ai quitté le Sénégal pour rejoindre mon poste à l'UNICEF à Ouagadougou (1972), mon homologue..., j'avais travaillé avec l'UNICEF et le CIE, on me prêtait à l'UNICEF pour aller former d'autres collègues des pays comme le Gabon ou autres, j'étais dans l'équipe africaine du CIE avec le docteur Ibou Niang, Sanokho, Dan Vincent, Fall, on a vu que je connaissais un peu ce qu'on voulait que mon homologue de Bamako ou de Fongolémy connaisse, on m'a intégrée dans l'équipe sécheresse de l'UNICEF et c'était le point de départ pour une carrière, parce que ce que j'arrivais à injecter à mes camarades et ex-promotionnaires que je retrouvais beaucoup, on me disait bon, poussez, poussez ; parce que souvent, elles me disaient : comment peut-on faire pour être comme toi. Je leur disais, vous ne pouvez pas suivre le chemin que je viens de parcourir parce que c'était un long parcours mais allons ensemble. On s'est mise ensemble, on a créé des centres de récupération et d'éducation nutritionnelles (CREN) dans des pays où la sécheresse a engendré beaucoup de malnutrition, à l'époque, seul le Sénégal avait un service de nutrition le BANAS, le second c'était Niamey, le troisième Wagadougou. On y bricolait, personne ne voulait y aller, on y mettait des infirmiers dedans ou des travailleurs sociaux. Et puis maintenant c'est devenu la règle dans tous les pays, il y a des structures d'accueil des enfants mal nourris.

N. G. : Les sages-femmes s'y activaient ?

M. T. N. : Si vous voulez résumer, le profil de la sage-femme s'est quand même bonifié, elles acceptent d'être en brousse, j'ai vu même une sage-femme qui, après avoir bien travaillé, est devenue administrateur civil, deux même, Siga Sèye, Ndèye Khole. Siga, voilà une dame très compétente, on a fait l'École des sages-femmes d'État, la première classe de sage-femme, nous ne faisons pas partie de l'exode, c'était même devenu un rêve d'aller en France pour compléter sa formation mais (rire). Ma mère me disait toujours : tu ne partiras pas en France, tout ce que tu ne peux pas avoir ici au Sénégal, tu ne l'auras pas ailleurs. Elle le disait pour me dire que c'était de l'aventure et comme par hasard, Dieu l'a entendu et tout ce que j'ai eu comme formation pour en arriver où je suis, je l'ai eu ici avec quelques bribes de stage par-ci par-là avec le CIE.

N. G. : Pourquoi certaines femmes ou parents ne voulaient pas que leurs filles aillent en France pour la poursuite de leurs études.

M. T. N. : Quelquefois, on craint que c'est le point de départ à la perte, d'autres craignaient seulement qu'elles aillent et y mènent une vie de misère ; bon, il y avait aussi un troisième élément : c'était se marier. Bien d'autres étaient parties mais nous, on rêvait d'aller parce que ça faisait déjà bien de ramener un diplôme d'État tout court, qui plus est, est un diplôme obtenu en France et on était aussi encore au ministère de la FOM, moi, je suis entrée dans la fonction publique sénégalaise assez tard (1970), mon dossier était géré par la " Rue Monsieur " comme bien d'autres. Vous choisissez, si vous dites j'opte pour le Sénégal on transmettait votre dossier à la fonction publique sénégalaise. Il y en a beaucoup qui sont restés, même certains qui portaient des noms un peu comme Touré, il on mis un " T " à Touré ça faisait Touret par exemple, on francisait le nom et on percevait mieux là bas qu'ici, mais il y en a d'autres qui y trouvaient un problème de dignité nationale et ont opté pour leur pays.

N. G. : Les élèves qui partaient étaient-elles toutes boursières ?

M. T. N. : Elles étaient boursières. Je n'en connais pas qui n'était pas boursière. On faisait les démarches nécessaires, on s'inscrivait dans une université, les universités les plus connues par nous où allaient les garçons comme les filles, il y avait Angers, Bordeaux surtout, Paris, etc.

N. G. : Voulez-vous me rappeler votre année de naissance et l'année de votre promotion de sortie.

M. T. N. : Je suis sortie en 1952, on était toutes, plus ou moins fiancées, dès qu'on sortait, on rejoignait quelquefois directement le foyer. Je suis née le 14 octobre 1929. Mais du point de vue pratique, les sages-femmes africaines étaient beaucoup plus compétentes, on faisait la petite chirurgie, les percées d'oreilles, Même celles qui nous ont devancées comme Mme Nafissatou Diop, Anna Senghor (décédée), Mme Corréa (Marianne Ka) qui m'a formée, Magné Dieng, elle a une "clinique" à la Sicap Rue 10. On dit même qu'elle a des connaissances surnaturelles, il n'en ait rien, tellement elle est compétente, elle est formée avant nous et elle est plus forte que nous. Siga Sèye, Liberté V, Rama Seck, Ouakam, Ndèye Khole, Thiès, Mme Bonnère, Zone B ; elle est très bien, elle a fait les postes de brousse, moi je n'ai fait que Dakar et quand j'ai fait un poste secondaire, c'était Oussouye. Moi, j'ai fait les deux, maternités et PMI, quand on m'a affectée en brousse, c'était Dembo Coly, ça c'est un détail que j'avais commencé, Senghor lui a dit toutes les sages-femmes se débrouillent pour rester dans la capitale pour ne pas souffrir. Un jour, Senghor a dit à Dembo Coly, si tu n'arrives pas à affecter les sages-femmes, je te destitue. (...) Dembo Coly vient de d'affecter à Oussouye. J'ai dit mais qu'est-ce que je vais faire, je dirigeais déjà l'École des infirmières sociales, j'étais secrétaire général de la Croix-Rouge et dans plein de chose. Je vais donc avec Nafi Ndoeye voir Dembo Coly. Vous m'affectez, vous prenez quelqu'un qui a d'énormes responsabilités. Il dit c'est Senghor qui lui a dit que s'il n'arrive pas à affecter les sages-femmes, il va le dégommer. Je lui ai dit, mais vous savez Monsieur le Ministre, quand je serais revenue, peut-être que le vent aura tourné, ce n'est pas évident qu'il va vous laisser là. Un conseil des ministres va vite se faire pour vous relever. Il dit : voilà, moi j'ai affecté plus responsable que responsable,

c'est vous, affecté plus mère que mère, c'est Anna Guèye, et il y avait d'autres. Je vais faire un roulement, chaque sage-femme allait faire trois mois et revenait. C'était en 1957, au temps du gouverneur Abdou Ndéné en Casamance.

N. G. : Cela correspond à la période d'extension des Centres de PMI en milieu rural.

M. T. N. : Voilà ; parce que quand je suis allée, j'ai fini par installer des cases d'accouchements (rire) et les collègues restées ici ont dit que je suis restée là-bas ; on m'a donné trois mois au lieu de rentrer, je suis restée six mois là-bas à faire du zèle parce que j'avais commencé à organiser des cases d'accouchements ; c'est du temps de Marianne Soahé aussi avec l'animation, il y avait les garderies rurales, les femmes de Kadjinole et de Mlomp (Oussouye), comme elle savaient construire, il (le ministre) m'a fait miroiter un logement. On s'en est bien tirées et pour moi, non seulement, j'avais vu comment se passait l'accouchement, formé les gens de l'animation, il y avait Berthe Mané qui se débrouillait bien, on faisait des tournées ensemble et l'on formait des matrones, on a fait une maternité rurale et le représentant de l'UNICEF, Mr Dibutane, nous a donné des boîtes d'accouchement, des lits, des draps, et tout, donc, le Père Lopi qui faisait toutes les nuits les évacuations, dès qu'une jeune femme voulait accoucher on allait taper à sa porte il était allégé et il y avait moins de complication parce que les femmes étaient vues sur place, on avait formé toutes les matrones. Récemment, j'y suis allée en tournée (UNICEF) et j'ai vu que c'est resté et ça a fait tache l'huile. Cette aventure-là correspondait aussi à une charnière d'amélioration du système et des structures socio-sanitaires où les cases d'accouchements, les maternités rurales et la formation des femmes relais, avec équipement de boîtes (j'ai un spécimen de boîte) mais la toute première boîte était en bois, je l'ai fait faire en achetant des bricoles de vieilles bouteilles, des trucs, des bocaux pour mettre le fil à ligature, toute la boîte me coûtait 1 200 F. J'ai fait un article là-dessus et, finalement l'UNICEF a mis cette boîte en fer.

N. G. : Vous avez commencé à parler de votre cursus.

M. T. N. : Je pense que je peux vous donner mon C.V., vous en prendrez ce que vous voulez, il est un peu long. J'ai commencé d'abord par la pédiatrie Le Dantec ensuite, je faisais à cheval pédiatrie de Khombole avec deux sorties hebdomadaires sur Khombole, renforcées par des étudiants dont on a obtenu qu'on instaure un stage rural (des étudiants de l'université des élèves des écoles de sages-femmes ou d'infirmier) ; l'École des infirmiers d'État avec Pape Kouaté qui n'avait pas bien compris. Mais quand je lui ai expliqué pourquoi je souhaitais que les élèves viennent se familiariser aux réalités de brousse plutôt que d'attendre la sortie pour faire la dépression, on a commencé à faire venir les infirmiers d'État et des aides sociaux, des infirmières sociales pour des stages ruraux avec obligation de faire un mémoire à la fin du stage. Le Samedi on amenait la nouvelle équipe, l'ancienne équipe faisait son compte-rendu, on ramenait cette équipe et le lundi on retrouvait la nouvelle équipe. Je crois que ça continue toujours. Ils vont en stages ruraux non seulement à Khombole mais aussi dans d'autres localités d'après ce que j'ai appris, mais les premiers stages ruraux, c'était à Khombole sous l'égide de la pédiatrie sociale et un peu plus tard, non, bien plus tard, la pédiatrie sociale de Khombole pour le milieu semi-rural, périurbain pour aussi mieux appréhender la santé maternelle et infantile dans la banlieue proche et le milieu périurbain avec tous ces problèmes qui accueillait donc cette unité de pédiatrie sociale, toujours reliée à la pédiatrie Le Dantec qui, elle-même, a dû construire Albert Royer, parce qu'Albert Royer est un complexe qui est en chemin entre Le Dantec et la banlieue. Pour moi Albert Royer était une aubaine.

Donc j'ai fait pédiatrie Le Dantec, Khombole, pédiatrie sociale de Pikine au moment où je le faisais, cette pédiatrie (de Pikine) n'était pas sortie de terre. J'ai dû travailler trois ou quatre ans sous forme d'équipe mobile, avec base dans une salle que les bonnes sœurs à l'entrée de Pikine nous avaient prêtée, pour peser les enfants et former des "femmes relais" qui allaient combattre la malnutrition. Elles avaient un tableau avec les trois groupes d'aliments. Chaque fois qu'on voyait ce tableau devant une porte, on savait qu'une "femme relais" habitait là et que là, on luttait contre la malnutrition. Elles venaient ; elles disaient d'ailleurs, venez, on lutte contre la malnutrition. Il y avait une vingtaine de femmes comme ça. Nous allions former dans la banlieue d'autres "femmes relais". Il n'avait pas Pikine seulement. Notre premier point de chute à Pikine était chez les sœurs et quand on a voulu aller à Guédiawaye et dans la périphérie

là-bas, c'est un certain Doro Haw qui était à la cuisine de l'hôpital principal qui nous a données sa baraque, il n'en avait pas besoin et un certain Birame Ndiaye qui a évacué une chambre chez lui pour poser les balances. Donc on faisait les pesées dans les quartiers une fois par semaine. Pikine quand même c'était deux fois par semaine. On cadrait tout Pikine par quartier, les femmes s'étaient affectées les quartiers, elles rendaient compte et quand on voulait voir le bon travail qu'elles faisaient, évidemment comme il y a le tam-tam partout chez nous, elles appelaient les femmes, on dansait et on évoquait sous forme de chanson l'équilibre alimentaire : les aliments constructeurs, les aliments énergétiques et les aliments protecteurs. Et le point difficile qu'on appelait point de Géliffe (du nom d'un pédiatre connu) se situait entre la naissance et deux ans, le cap difficile du servage. Elles avaient fabriqué le chemin de la nutrition et l'enfant qui était dans le passage difficile de la malnutrition, il y avait un pont, s'il était vraiment mal nourri, on cassait le pont et l'enfant tombait au fond du gouffre, cela veut dire qu'il n'allait jamais se relever intellectuellement, et il pouvait mourir même. Mais celui qui en tombant s'accroche, sa mère qui lui montrait un plat en lui disant, courage, vas-y (c'était sous forme d'affichage, le pont de Géliffe.

Quand on disait qu'il fallait éduquer les femmes, j'ai vu la surcharge des femmes, j'ai imaginé une affiche qui s'appelle " la femme aux mille bras ". Je disais cette femme-là, il lui faut mille bras pour remplir les journées qui lui sont dévolues. Elle allaite, travaille avec les mains, avec la tête, elle dépèle le beurre de karité ou l'huile de karité, elle est tout le temps en action. Où est-ce que vous voulez qu'elle trouve cinq minutes pour venir écouter des leçons sur le bébé quand elle peut lui faire taira en lui tendant le sein ? Donc tout ça finalement, les bonnes Sœurs de (Saint Joseph) ont pris ça pour faire leur calendrier de cette année. Les "femmes relais" s'en servaient elles aussi. Un jour, elles m'ont dit, c'est bien beau qu'on a tout ce que vous dites dans la tête, mais le matériel que vous avez utilisé pour nous convaincre, nous ne l'avons pas.

N. G. : Je vous remercie.

Portrait et itinéraire de Marie Touré Ngom

Elle obtint, après sa réussite au BEPC en 1949, le diplôme de sage-femme africaine à l'École Africaine de Médecine et de Pharmacie "Jules Carde" de Dakar, le baccalauréat et le diplôme d'État de sage-femme. Elle participa à différents stages de spécialisation, sanctionnés par des diplômes en Israël sur "le rôle de la femme dans une société en développement", aux Etats-Unis en santé maternelle et infantile, à l'Université de Dakar dans le domaine de la santé publique appliquée à l'enfance, au niveau de la Croix-Rouge pour la formation des cadres au Sénégal et à Lomé (encadré par Eden Codjo) et au niveau du Fonds international de Développement agricole (FIDA) lors d'une session régionale sur la "Promotion économique des femmes rurales en Afrique".

Elle parle plusieurs langues dont l'anglais, le français et l'espagnol et plusieurs dialectes africains tels que, entre autres, le moré, sango, swahili, lingala et bambara.

Elle occupa de 1952 à 1990, diverses fonctions à différents niveaux :

- au niveau national notamment à l'Institut des Hautes Études qui est l'actuelle faculté de Médecine de l'Université de Dakar, à l'Institut de pédiatrie sociale et ORANA, à la Direction des affaires sociales, en Casamance à la préfecture d'Oussouye, au Centre de recherche et d'expérimentation des méthodes de santé communautaire en zone urbaine et périurbaine et au Bureau africain de Nutrition appliquée du Sénégal (BANAS), membre de la fondation Paix et Développement.

- au niveau international comme membre de l'équipe africaine du Centre international de l'Enfance, conseillère internationale du Mouvement mondial des mères, membre du Conseil des femmes pour le développement, membre du Conseil africain femme et santé IPD/ACDI/CAFS, membre fondateur du Comité international sur les pratiques traditionnelles pouvant affecter la santé des femmes et des jeunes filles, membre du Club Soroptimist International et particulièrement à l'UNICEF (1973-1990) où elle a été conseillère en nutrition chargée de la mise sur pied d'un bureau permanent à Ouagadougou, conseillère régionale en nutrition, au bureau régional de l'UNICEF (en Cote d'Ivoire) pour l'Afrique de l'ouest et du

centre, représentante résidente auprès du Gouvernement centrafricain.

En parallèle à ses activités professionnelles, madame Marie Touré Ngom fut entre autres (1962-1990) : Secrétaire générale du comité national de la Croix-Rouge, formatrice des membres du Corps de la paix américain, membre de l'Association sénégalaise " les Enfants d'abord ". Avec des talents cachés en communication, elle fut aussi, conseillère et animatrice à Radio Disso, les femmes réveillez-vous, santé pour tous, responsable de la série santé de la production de télévision éducative, un projet pilote de l'UNESCO pour l'Afrique de l'ouest, collaboratrice du Réseau africain de Développement intégré (RADI), membre du Réseau Siggil Djiguène dans le cadre de la lutte contre les violences faites aux femmes.

Madame Marie Touré Ngom a obtenu plusieurs distinctions honorifiques :

- en 1962, la médaille de Chevalier de l'Ordre national du Lion, décernée par le Président de la République du Sénégal ;

- en 1966, la médaille de Bronze de la Croix-Rouge sénégalaise ;

- en 1967, elle reçoit trois médailles ; la médaille de la Croix-Rouge française, la médaille d'Officier de l'Ordre national du Lion décernée par le Président de la République du Sénégal, la médaille du Chevalier de l'Ordre national du Mérite décernée par le Président de la République de Mauritanie ;

- en 1977, la médaille du Chevalier de l'Ordre national du Mérite décernée par le Président de la République de Haute-Volta ;

- en 1990, elle reçoit deux médailles : la médaille d'Officier de l'Ordre du Mérite centrafricain, décernée par le Président de la République de la RCA et AWARD from UNICEF que lui a attribué le Directeur général de l'UNICEF à l'occasion de son départ à la retraite pour " les services rendus aux enfants du monde de 1974 à 1990 ".

Madame Marie Touré Ngom est aussi une grande sportive. Elle obtint le Brevet sportif en 1949 et fut record woman de saut en hauteur, championne de l'AOF. Elle obtint également le Prix Gallia attribué " pour les efforts déployés dans le domaine de la recherche et des réalisations communautaires en matière de santé publique appliquée à la mère et à l'enfant en milieu rural ". Elle a fait plusieurs publications sur les technologies appliquées en faveur des femmes et des enfants d'Afrique.

C'est un Monument historique, une femme qui a été décideuse longtemps avant l'indépendance au moment où même parmi les hommes, peu étaient responsables.

Source : *Exposition Femmes " Bâtisseurs " d'Afrique*, FAWE, 2002, pp. 15-16.

VII. Extrait du code de déontologie des sages-femmes

Titre II. Devoirs des sages-femmes envers les patientes

Art. 28. Du fait de la mission qu'elle a accepté de remplir, la sage-femme, dès l'instant qu'elle a accepté de donner ses soins à une femme, doit :

- 1° Lui assurer tous les soins en son pouvoir et désirables en la circonstance ;
- 2° Faire appel aussitôt à un médecin si les circonstances dépassent les limites légales de sa capacité professionnelle ;
- 3° Éviter au contraire cet appel s'il n'est pas strictement indiqué afin de ne pas engager la patiente dans des dépenses inutiles, à moins que celle-ci ou son entourage ne le réclame expressément ;
- 4° Avoir un égal souci de la vie de l'enfant et de celle de la mère ;
- 5° Suivre régulièrement l'évolution de la grossesse jusqu'à son terme par les examens obstétricaux, sans que toutefois le nombre de ces examens soit tel qu'il puisse être considéré comme un abus ;
- 6° Faire ponctuellement les visites de suite de couches qui lui sont prescrites par les règlements en vigueur en s'assurant que la mère et l'enfant sont en bonne condition physiologique, sous réserve de signaler au médecin toute anomalie ;
- 7° Agir toujours avec correction et aménité envers ses patientes et se montrer humaine et compatissante envers elles.

Art. 29. Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé à la patiente : un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il doit l'être généralement à la famille. La malade peut interdire cette révélation ou désigner les tiers auxquels elle doit être faite.

Art. 30. Avant d'accepter de faire un accouchement, la sage-femme doit s'assurer que les conditions d'hygiène nécessaire à sa bonne marche peuvent être réunies au domicile de la parturiente. Elle veillera elle-même à leur réalisation et pourra refuser ses soins si elle juge que l'insuffisance des préparatifs fait courir un danger à la femme, à moins que l'urgence de cas ne lui fasse un devoir de rester auprès d'elle.

Art. 31. Hors le cas d'urgence et celui où elle manquerait à ses devoirs d'humanité, la sage-femme a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Art. 32. Sauf en cas de force majeure, la sage-femme ne doit pas quitter une parturiente ou une accouchée sans s'être assurée que toutes les causes prévisibles d'accident sont écartées.

Art. 33. Quelle que soit sa religion, la sage-femme, qui juge que la vie de l'enfant ou de la mère est en danger imminent au cours de l'accouchement ou des suites, doit prévenir la famille afin de permettre à celle-ci de prendre éventuellement les dispositions d'ordre religieux qu'elle jugera opportunes.

Art. 34. La sage-femme doit, dans sa pratique privée aussi bien que dans sa pratique hospitalière, prendre toutes précautions utiles pour éviter les indiscretions.

Source : Décret n° 49-1351 du 30 septembre 1949 (JO 5 oct. ; B.L.D. 1949-987)

Sources et bibliographie

Dossiers d'archives

Série G

Sous-série 2 G

- 1907 - 2 G 7/ 21
- 1924 - 2 G 24/ 34
- 1928 - 2 G 28/ 17 et 26
- 1939 - 2 G 39/ 14
- 1941 - 2 G 41/ 7 et 9
- 1941 - 2 G 41/ 15
- 1942 - 2 G 42/ 18
- 1944 - 2 G 44/ 11
- 1948 - 2 G 48/ 20
- 1951 - 2 G 51/ 15
- 1950 - 2 G 50/ 15
- 1953 - 2 G 53/ 25
- 1959 - 2 G 59/ 8
- 1960 - 2 G 60/ 3

Série H

Fonds AOF

Sous-série 1 H

Versement 13

- 1 H 37 - Marqué, Inspection concernant l'AMI, Inspection au Sénégal, 1939.
Rapports de tournées du chef du Service de santé du Sénégal, 1940 -1945.

- 1 H 44 - Correspondance, 1946-1951.

Versement 26

- 1 H 31 - Réglementation de la profession médicale 1921-1944.

Versement 63

- 1 H 50 - Correspondance entre l'OMS et le Service de santé en AOF, 1948-1958.

- 1 H 53 - OMS, 1956-1958.

- 1 H 57 - 1924-1957.

- 1 H 98 - EAMP, 1918-1953.

- 1 H 99 - EAMP, 1935-1953.

- 1 H 102 - PMI, 1932-1954.

- 1 H 103 - PMI, 1954-1958.

- 1 H 125 - Conseil de l'ordre des Médecins, 1948-1959.

- 1 H 127 - Exercice de la médecine privée en AOF : texte réglementaire, états récapitulatifs des honoraires perçus par les praticiens.

- 1 H 130 - 1953-1958.

- 1 H 131 - 1951-1958.

Fonds Sénégal colonial : 1817 -1960

- H 14 - Correspondance du Service de santé : 28 janvier 1927- 4 juillet 1930.

- H 128 - Demandes de renseignements sur l'exercice de la profession de sage-femme : 2 août 1897 - 30 septembre 1898.

- H 186 - Correspondance adressée au gouverneur par le chef de Service de santé : 16 novembre 1919 - 9 février 1927.

- H 214 - Projet d'implantation à Saint-Louis des écoles d'infirmières, de sages-femmes d'État et d'assistants sociaux (plan, rapport, études 1962).

Série O

- O 212/ 31 - Organisation de l'enseignement et l'éducation des filles de l'AOF :1934-1939.

Périodiques

Bulletin administratif du Sénégal : 1890, 1898, 1902, 1904.

Journal officiel de l'Afrique occidentale française : 1904, 1905, 1918, 1921, 1924, 1925, 1926, 1927, 1930, 1937, 1944, 1946, 1949, 1952, 1953, 1956, 1957, 1958, 1959, 1965, 1967.

Journal officiel de la République du Sénégal : 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1967, 1968.

Journal officiel de la République française : 1949.

Journal officiel du Sénégal : 1905, 1920, 1925, 1926.

Instruments de recherches

Becker Charles et Collignon René (2001) - *Répertoire des textes législatifs et réglementaires relatifs à l'histoire de la santé au Sénégal de 1822 à 2000*.

Charpy Jacques (1958) - *Répertoire des archives de l'AOF série H à T*, Rufisque : Imprimerie du Gouvernement général de l'AOF : 215 p.

Cissé Évelyne Badou (1996) - *Répertoire de la série H Santé et assistance publique*. Fonds Sénégal colonial, 1917-1960, complété par Atoumane Doumbia Ndiaye, Conservateur d'archives, Dakar : 76 p.

Clozel (1891) - *Des ouvrages relatifs à la Sénégambie et au Soudan occidental*, Paris.

Collignon René et Becker Charles (1989) - *Santé et population en Sénégambie des origines à 1960*, Bibliographie annotée, Paris : Institut National d'Études Démographiques : 554 p.

Maurel J.-F. et Tendeng A. (1996) - *Répertoire de la série H : fonds de l'AOF, réalisé par les étudiants archivistes de l'EBAD (promotion 1977)*, ANS, Dakar : 61 p.

Pam Adama Aly (1996) - *Sources de l'histoire des maladies quaranténaires (peste, variole, fièvre jaune, choléra) conservées aux Archives du Sénégal*, Dakar, UCAD, [mémoire de fin d'études EBAD].

Samb Djibril (1999) - *Manuel de méthodologie et de normalisation à l'usage des étudiants, des auteurs, des rédacteurs, des éditeurs et des secrétaires*, Dakar, UCAD : 298 p.

Articles et ouvrages

Aguessy Cyrille (1933) - "Rôle des médecins et sages-femmes auxiliaires de l'AOF dans l'Assistance médicale indigène". *Bull. Ens. en AOF*, 22e année, 82, juil.-déc. : 193-198.

Anonyme (1964) - "Les sages-femmes sénégalaises ont formé leur association". *Unité Africaine*, 99, mai : 6.

Bado Jean Paul (1996) - *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Paris, Karthala : 432 p.

Bado Jean-Paul (1997) - "La santé et la politique en AOF à l'heure des indépendances (1939-1960)", in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*. Dakar, Direction des Archives du Sénégal : 1242-1259.

Becker C. et Collignon R. (1998) - "Épidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest". *Cahiers Santé*, 8 : 411-416.

Becker C., Mbaye S. et Thioub I. (éds.) (1997) - *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives Nationales du Sénégal, 2 volumes : 1273 p.

Benoist Joseph-Roger de (1983) - *L'Afrique occidentale française de la Conférence de Brazzaville (1944) à l'indépendance (1960)*, Dakar, NEA : 617 p.

- Cardé Jules (1926) - *Instructions relatives à l'orientation des services d'Assistance Médicale*, Gorée, Gouvernement général de l'AOF : 22 p.
- Ceccaldi Dominique (1979) - *Les institutions sanitaires et sociales*, 2, Paris, Foucher : 299 p.
- CINAM et SERESA (1960) - *Rapport général sur les perspectives de développement du Sénégal*, 1^{er} et 2^e partie, Dakar, 2^e éd, juillet, (pagination multiple).
- Coquery-Vidrovitch Catherine (1997) - " Femmes africaines : histoire et développement ", in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*. Dakar, Dakar, Direction des Archives du Sénégal : 806-814.
- Corréa P., Diadhio F. Hellegouarch R. (1975) - Anémie de la grossesse et de l'allaitement à Dakar. *Afrique Médicale*, 126, janvier : 13-24.
- Coulibaly Bilal (2000) - " Rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Résolution WHA 49.1 sur le renforcement des soins infirmiers au Sénégal ", *République du Sénégal*, sept. : 18 p.
- Crozat - (Médecin colonel) (1937) *Conférence de puériculture faite aux femmes de Dakar*, Dakar, Grande Imprimerie Africaine : 13 p.
- Cuisinier Raynal Jean-Claude (1997) - " L'Hôpital principal de Dakar à l'époque de l'AOF de 1895 à 1958 ", in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal : 1188-1192.
- Deen Marthe Virginie et Ignace (1923) - " Contributions aux moyens de lutte contre la mortalité infantile. Éducation des mères et des matrones ". *Bull. de l'Ass. Amic. et Prof. des Anciens Élèves de l'École de Médecine* : 6-12 et 5-15.
- Deschamps Hubert (1953) - *Les méthodes et les doctrines coloniales de la France du XVI^e siècle à nos jours*, Paris, Armand Colin : 222 p.
- Diawara Marième Anna (1997) - *Contribution à l'histoire des maladies dites sociales au Sénégal : La tuberculose à Dakar 1914-1945*, Dakar, UCAD, [mémoire de maîtrise], 134 p.
- Dieng F. (1975) - " Un aspect particulier du code de déontologie et exercice de la profession médicale ". *Médecine d'Afrique noire*, XXII, 10 oct. : 681-683.
- Diop Angélique (1997) - " Les débuts de l'action sanitaire de la France en AOF, 1895 -1920. Le cas du Sénégal ", in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal : 1213-1227.
- Diop Angélique (1982) - *Santé et colonisation au Sénégal : 1895-1914*, Paris, Université de Paris 1, [thèse de doctorat de 3^e cycle] : 326 p.
- Diop Pape Momar (1997) - " Enseignement de la jeune fille indigène en AOF : 1903 à 1958 ", in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal : 1081-1096.
- Domergue-Cloarec Danielle (1997) - " La place de la prévention dans la politique sanitaire et sociale en AOF ", in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal : 1228-1239.

- raïl Rokhaya (1997) - " Le système d'enseignement en AOF ", in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal : 1071-1080.
- Faye Ousseynou (1997) - " Les métis de la seconde génération, les enfants mal-aimées de la colonisation française en Afrique occidentale, 1895-1960 ", in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal : 773-794.
- Gaye Pape Amadou (1997) - *La diffusion institutionnelle du discours sur le microbe au Sénégal au cours de la troisième République française (1870-1940)*, Paris, Université Paris 7, [thèse de doctorat], 10 octobre : 311 p.
- Gaye Pape Amadou (1997) - " Discours sur le microbe et santé publique en AOF. Le cas du Sénégal ", in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal : 1164-1174.
- Gomis E. (1975) - " Croyances et pratiques concernant la maternité au Sénégal ". *Afrique Médicale*, 126, janvier : 77-79.
- Guerra R., Preneuf C., Reboul CH. (1970) - " Aspect psychopathologique de la grossesse au Sénégal ". *Psychopathologie Africaine*, VI, 2 : 117-146.
- Guèye Mbaye (1990) - *Les transformations des sociétés wolof et sérère de l'ère de la conquête à la mise-en place de l'administration coloniale " : 1854-1920*, Dakar, UCAD, [thèse d'État], tome 1 : 196 p.
- Hardy Georges (1929) - *Nos grands problèmes coloniaux*, in 12°, Paris, Armand Colin, III : 216 p.
- Hesseling Gerti (1985) - *Histoire politique du Sénégal : Institution, droit et société*, Paris, Karthala : 436 p.
- Houémavo Aimée (ép. Grimaud) (1979) - *Les médecins africains en AOF. Étude socio-historique sur la formation d'une élite coloniale*, Dakar, UCAD, [mémoire de maîtrise] : 145 p + annexes.
- Houyet André (1923) - " L'œuvre de l'Assistance médicale aux indigènes en Afrique occidentale française et son centre de Dakar ". *Bulletin de la Société Belge d'Études coloniales*, 5, mai-juin : 271-296.
- Jamet Caroline (1977) - *Les postes de santé missionnaires en milieu rural sénégalais*, Paris : Université René Descartes (s. n) : 282 p.
- Kane Awa (1995) - *Femmes et politique : des récits de vie et/ou de pratiques de quelques militantes Sénégalaises*, Dakar, UCAD, [mémoire de maîtrise] : 178 p.
- Labouret Henri (1931) - *Colonisation, colonialisme et décolonisation*, Paris, Larose : 203 p.
- Labusquière René (1974) - *Santé rurale et médecine préventive en Afrique. Stratégie à opposer aux principales affections*, Paris, Saint-Paul : 437 p.
- Lapeyssonnie Léon (1988) - *La médecine coloniale. Mythes et réalités*, (Médecine et Histoire), Paris, Seghers : 310 p.
- Lapeyssonnie Léon (1970-1971) - " Les problèmes médicaux sanitaires en zone rurale dans les pays en voie de développement ". *Afrique Contemporaine*, 5, sept.-oct. : 10-17 et 55, mai-juin : 2-9.
- Le Dantec Aristide (1920) - "L'École de Médecine de Dakar". *Bull. Soc. Path. Exot.*, 13, 8 : pp. 623-638.

- Lemesle Raymond-Marie (1994) - *La Conférence de Brazzaville de 1944 : Contexte et repères. Cinquantenaire des prémices de la décolonisation*, Collection : Notes africaines, asiatiques et caraïbes : 133 p.
- Ly Boubacar (2001) - *Les instituteurs sénégalais de la période coloniale (1903-1945). Sociologie historique de l'une des composantes de la catégorie sociale des "évolués"*, Dakar, UCAD, [thèse d'État].
- Mbaye El Hadji Mamadou (2002) - *Étude d'une profession de santé : Les infirmiers du Sénégal de 1889 à 1968*, Dakar, UCAD, [mémoire de maîtrise] : 114 p.
- Ndiaye Ahmeth (1997) - " La formation du personnel africain de la santé en AOF ", in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal : 1193-1202.
- Ndoye Awa (1999) - *Contribution à l'histoire de la santé. Les pathologies cholériques dans les villes de Dakar et de Gorée au XIX^e siècle. Les épidémies de 1869 et 1893*, Dakar, UCAD, mémoire de maîtrise : 132 p.
- Ngalamulumé Kalala (1997) - " La question sanitaire durant les premières années de l'AOF : 1895-1914 ", in Becker C., Mbaye S., Thioub I. (éds.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal : 1203-1211.
- Niang Boubacar (1999) - *La politique coloniale de gestion des personnels indigènes de l'administration publique de la fin de la conquête à la veille de la deuxième guerre mondiale : 1890-1939. Le cas de la colonie du Sénégal*, Dakar, UCAD, [thèse de doctorat de 3^e cycle d'Histoire] : 430 p + annexes.
- Ouattara Fatoumata (2001) - " Conscience professionnelle, clientélisme et corruption : Pratiques et justifications des personnels de santé du centre médical d'Orodora (Burkina Faso) ", in *IRD, Réseau «Anthropologie de la santé», 2* : 63-97.
- République du Sénégal, Ministère de l'Enseignement technique et de la formation des cadres* (1965) - " La femme ; éducation, formation et promotion ", Dakar s. d, 4^e, 33 p.
- Rossy André (1938) - *Pratique de la sage-femme indigène*, Gorée, Gouvernement Général de l'AOF.
- Rossy André (Dr) (1944) - *Cours d'obstétrique*, École Africaine de Médecine et de Pharmacie, Rufisque, Imprimerie du Gouvernement Général de l'AOF : 279 p.
- Rossy André (Dr) (1944) - *Puériculture et pathologie de nourrisson*, École Africaine de Médecine et de Pharmacie, Rufisque, Imprimerie du Gouvernement Général de l'AOF : 143 p.
- Royston Érica et Armstrong Sue (1990)- *La prévention des décès maternels*, Genève, Organisation Mondiale de la santé : 230 p.
- Sankalé M., Bâ H., Diop I. M. et Wone I. (1966) - " Les problèmes de la formation des cadres médicaux professionnels au Sénégal ". *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique noire de langue française*, XI, 4 : 814-822.
- Sankalé Marc (1969) - *Médecins et action sanitaire en Afrique noire*, Paris, Présence Africaine : 436 p.
- Sankalé Marc et Pène Pierre (1960) - " Médecine sociale au Sénégal ". 8^e, *Afrique Documents* : 104 p.
- Sarraut Albert (1923) - *La mise en valeur des colonies française*, Paris, Payot : 640 p. + annexes.

- Satgé P., Dan V., Debroise A., Raybaud N., Koita A. (1970) - " Une expérience de santé publique appliquée à l'enfance en milieu rural (Khombole-Sénégal). Techniques et Résultats ". *Les carnets de l'Enfance*, 12, juin : 31-41.
- Sène Moustapha (1991) - *Épidémies et politiques sanitaires au Sénégal : 1920-1960*, Dakar, UCAD, [mémoire de maîtrise] : 194 p.
- Sénécal Jean (1968-1969) - " Problème actuel de la pédiatrie dans les pays en voie de développement ", in *l'Enfance en milieu tropical*, 52 : 3-15 et 53 : 15-22.
- Sinou Alain (1993) - *Comptoirs et villes coloniales du Sénégal. Saint-Louis, Gorée, Dakar*, Paris, Karthala : 361 p.
- Sow Daouda (1970) - (Rapport) *Les cadres de la santé et leurs responsabilités dans le développement national*, Dakar, Ministère de Santé et des Affaires sociales : 12 p.
- Wone Ibrahima (1984) - *Première analyse d'indicateurs de santé à partir les statistiques officielles du ministère de la santé publique du Sénégal de 1960 à 1979*, Cahier Made Sahel, 1 : 298 p. (Éd. Hervé Luture, et co-auteurs E. Barondra-haady, A. M. Lallement, M. Sinankwa et de Luture).

Personnes enquêtées

- 1 - Anonyme, sage-femme auxiliaire, 88 ans, entretien le 13 août 2001 à Fann Hock.
- 2 - Banne Madjiguène, ménagère, née en 1926, entretien le 26 mars 2002 à Guédiawaye.
- 3 - Camara Dieynaba, née Sy, entretien le 21 août 2002 à Thiaroye/mer.
- 4 - Coco Françoise, née Ndoye, sage-femme auxiliaire, promotion de 1928, née le 5 mars 1909 à Cotonou, entretien le 28 août 2002, Avenue Malick Sy X Belfort.
- 5 - Coulibaly Siga Sèye (ou Sow), sortie sage-femme africaine en 1958, puis sage-femme d'État en 1961, née le 7 novembre 1937 à Dakar, entretien le 27 juillet 2002 à Liberté V, villa n° 5264.
- 6 - Diallo Fatou, née Ly, sortie sage-femme africaine en 1945, 78 ans, entretien le 17 juillet 2002 à Sicap Baobab, n° 930.
- 7 - Diagne Léna Fall, sage-femme d'État, promotion de 1959, née le 23 janvier 1935 à Saint-Louis, entretien le 22 juin 2002 à Ouakam.
- 8 - Dieng Magné, sortie sage-femme africaine en 1949, puis sage-femme d'État diplômée de France, née à Saint-Louis le 10 juin 1925, le 19 août 2002, Rue Niet, n° 7 Sicap Rue 10, Grand Dakar.
- 9 - Diop Iba Mar (Dr.), sortie médecin africain de la promotion de 1947, entretien le 20 juin 2001 à la clinique Fann Hock.
- 10 - Diouf Aïcha, née Sène, comptable avant de devenir sage-femme, affectée au Camp pénal, née à Dakar, entretien le 27 août 2002, Sicap Amitié III, Villa n° 4338.
- 11 - Gomis Victoire, née Albis, sage-femme d'État, promotion de 1960, née le 10 décembre 1938 à Ziguinchor, chevalier de l'ordre du mérite, entretien le 25 septembre 2001 à Fann Hock.
- 12 - Guèye Aïssatou, née Ndecky, chef du département d'études de base en science de la santé et chef des travaux section sage-femme d'État, le 04 février 2002 à l'ENDSS.

- 13 - Guèye Anna, née Bâ, sortie sage-femme africaine en 1947, affectée en Guinée de 1949 à 1954, née le 04 octobre 1924 à Dakar, chevalier de l'ordre du lion, entretien le 20 septembre 2001 à Sicap Baobab.
- 14 - Ndiaye Marianne, née Sididé, présidente de l'Association des sages-femmes du Sénégal, rencontrée les 11 et 13 septembre 2001 à l'Institut de santé services.
- 15 - Ngom Marie, née Touré, sortie sage-femme africaine en 1952, puis sage-femme d'État après le baccalauréat, née le 15 octobre 1929 à Dakar, entretien le 16 juin 2002, 16, Rue Mangin X Reims, Rebeuss.
- 16 - Niane Pénére, née Diagne, sage-femme d'État spécialisée en puériculture, études à Besançon, promotion de 1959, entretien le 29 juillet 2002 à son domicile, en face place Soweto.
- 17 - Niang Sokhna, matrone, le 20 juillet 2002 à Pire Sagnakhore.
- 18 - Seck El Hadji, infirmier d'État, promotion de 1965, né le 23 mars 1946, entretien le 20 juillet 2002 à Pire Sagnakhore.
- 19 - Seck Ramatoulaye, née Guèye, sage-femme d'État de la promotion de 1959, née le 15 avril 1937 à Dakar, officier de l'Ordre du mérite en 1963, entretien le 08 août 2002 à Ouakam.
- 20 - Wade Soukeyna Suzanne, née Sèye, sortie sage-femme africaine en 1942, puis sage-femme d'État principale de 1^{ère} classe 3^e échelon, spécialisée en pédiatrie (Montpellier), née le 2 novembre 1921 à Saint-Louis, entretien le 17 juillet 2002 à Sicap Baobab.

Liste des tableaux, cartes et figures

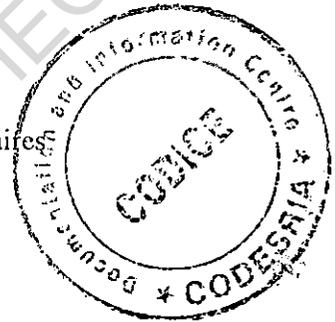
	Pages
1 - Photo de la maternité indigène de Dakar	16
2 - Solde et hiérarchie des sages-femmes auxiliaires	19
3 - Hiérarchie et traitement des sages-femmes coloniales	20
4 - Effectifs scolaires de l'AOF de 1903 à 1938	26
5 - La femme aux mille bras	27
6 - Budget des services de santé de l'AOF de 1900 à 1926	29
7 - Carte : Postes médicaux au Sénégal en 1930	30
9 - Effectifs du personnel médical au Sénégal au 31 juillet 1925	31
10 - Liste nominative des sages-femmes auxiliaires en service au Sénégal en 1927	31
11 - Consultantes et consultations de 1933 à 1939	32
12 - Nombre des accouchements de 1941 à 1944	33
13 - Réclamation des élèves sages-femmes africaines	43
14 - Hiérarchie et solde des sages-femmes africaines	45
15 - Comparaison entre l'ancienne et la nouvelle hiérarchie des sages-femmes africaines en 1957	46
16 - Échelonnement indiciaire des sages-femmes africaines en 1957	48
17 - Photo de la promotion de sages-femmes africaines de 1952	52
18 - Hiérarchie et solde des infirmières-visiteuses	53
19 - Récapitulation des formations sanitaires du Sénégal en 1951	55
20 - Nombre d'accouchements pratiqués dans les formations sanitaires du Sénégal de 1946 à 1953	56
21 - Nombre d'élèves autorisés à poursuivre leurs études en France de 1949 à 1957	61
22 - Budget d'investissement (FIDES) : 1957-1958	69
23 - Le pont de Géliffe	73
24 - Enfant atteint du kwashiorkor	74
25 - Tableau des trois groupes d'aliments	75
26 - Conduite d'une bonne alimentation	76
27 - Enfant bien portant	77
28 - Réseau public de PMI au Sénégal en 1959	81
29 - Nombre de sages-femmes et de maternités de 1960 à 1968.	82

Liste des annexes

	Pages
I - Trousse des élèves sages-femmes auxiliaires	90
II - Inventaire de la caisse de tournée de la sage-femme	90
III - Liste des promotions de sages-femmes	91
IV - Répartition des élèves sages-femmes et infirmières-visiteuses	94
V - Bureau national des sages-femmes élu le 17 mai 1964	94
VI - Entretiens	95
VII - Extrait du code de déontologie des sages-femmes.	113

Table des matières

Dédicace	2
Remerciements	3
Sigles et abréviations	4
Introduction générale	5
Première partie : Les sages-femmes auxiliaires de 1918 à 1944	7
Chapitre 1 : Les causes de l'utilisation d'un personnel indigène	7
A - L'état sanitaire	7
1. Les maladies endémo-épidémiques	7
2. L'insalubrité du milieu	8
B - L'Importance de la mortalité maternelle et infantile	11
1. Les maladies	11
2. Les pratiques liées à la grossesse et à l'accouchement	12
Chapitre 2 : Recrutement et formation des sages-femmes auxiliaires	13
A - L'École de Médecine	13
1. La création	13
2. La section des sages-femmes	14
B - Recrutement et formation	15
1. Recrutement	15
2. Formation	15
Chapitre 3 : Organisation du cadre et rôle des sages-femmes auxiliaires	18
A - Le cadre des sages-femmes auxiliaires	18
1. Solde et avancement	19
2. Les obligations professionnelles	20
B - Le rôle des sages-femmes auxiliaires	21
1. Accoucheuses et auxiliaires médicales	21
2. Rôle d'éducation des mères et des matrones	22
C - Les difficultés des sages-femmes auxiliaires	26
1. La résistance des populations	26
2. Personnel et infrastructures	29
3. Mesures d'amélioration de l'intervention des sages-femmes auxiliaires	32
Deuxième partie : Les sages-femmes africaines de 1944 à 1957	35
Chapitre 1 : L'École Africaine de Médecine et de Pharmacie	35
A - La Conférence de Brazzaville : la constitution d'une nouvelle élite indigène	36
B - Organisation et fonctionnement de l'École Africaine de Médecine et de Pharmacie	37
Chapitre 2 : Recrutement, formation et revendications des élèves sages-femmes africaines	38
A - Recrutement	38
B - Formation	38
C - Revendications des élèves sages-femmes africaines	42
Chapitre 3 : Cadre et place hiérarchique des sages-femmes africaines	44
A - Organisation du cadre	45
1. Le système d'avancement	45
2. Solde et indemnités	46
B - Les conditions de travail des sages-femmes africaines	48
1. La discipline	48
2. Les rapports hiérarchiques entre les sages-femmes et les autres composantes du personnel médical	49



* Étude de cas : les infirmières-visiteuses	50
C - Effectifs et infrastructures	54
Troisième partie : Les sages-femmes d'État de 1949 à 1968	58
Chapitre 1 : Les sages-femmes d'État formées en métropole	58
A - L'arrêté du 7 septembre 1949	59
B - Enseignement et stage	59
C - Cadres et effectifs des sages-femmes d'État formées en métropole	61
Chapitre 2 : Les sages-femmes d'État formées à Dakar	63
A - L'institution d'un cours préparatoire	63
B - L'École de sages-femmes d'État de Dakar	65
C - Le cadre des sages-femmes d'État	66
D - Le Centre d'enseignement supérieur en soins infirmiers (CESSI)	67
Chapitre 3 : Les nouvelles missions assignées aux sages-femmes d'État : l'apport des organismes d'assistance	68
A - Les organismes d'assistance	68
1. Le Berceau africain et la Croix-Rouge	68
2. Le FIDES	69
3. La Caisse de compensation et des prestations familiales	70
4. L'OMS et le FISE	70
B - La protection maternelle et infantile (PMI)	71
1. Les mesures administratives	71
2. L'intervention des sages-femmes d'État	72
3. Le centre de PMI de Khombole	79
C - Les statistiques	80
D - Sages-femmes, actrices de développement économique et social	82
1. Dévouement et ingéniosité : exemple de Marie Touré Ngom	83
2. Éthique médicale	84
3. Entre obligation professionnelle et obligation familiale : le soutien du mari	85
4. Relations humaines	86
5. Sages-femmes et activités parallèles : le cas de Siga Sèye Coulibaly	86
Conclusion générale	88
Annexes	90
Sources et bibliographie	114
Liste des tableaux, cartes et figures	121
Liste des annexes	121
Table des matières	122