



HAL
open science

Enfance et ordre colonial. La politique sanitaire au Sénégal : discours et réalités (1930-1960)

Mor Ndao

► **To cite this version:**

Mor Ndao. Enfance et ordre colonial. La politique sanitaire au Sénégal : discours et réalités (1930-1960). Revue sénégalaise d'histoire. Nouvelle série, 2005, 6. halshs-01304675

HAL Id: halshs-01304675

<https://shs.hal.science/halshs-01304675>

Submitted on 28 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP

DE DAKAR



**FACULTE DES LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES**

**DEPARTEMENT D'HISTOIRE
Pr Mor NDAO
Email : morndao@gmail.com**

**ENFANCE ET ORDRE COLONIAL. LA
POLITIQUE SANITAIRE AU SENEGAL :
DISCOURS ET REALITES (1930-1960).**

L'existence d'une politique de santé infantile cohérente, menée par les pouvoirs coloniaux est, au Sénégal, une donnée relativement récente. L'œuvre sanitaire et l'action médicale se limitant pour l'essentiel, jusqu'aux années 1930, à la recherche d'une prophylaxie scientifique centrée sur la nosologie et la nosographie¹ des affections (Bado, 1997 : 1242), la prise en compte de la population infantile dans la politique sanitaire resta, sinon inexistante, du moins fort modeste.

Les progrès fort limités réalisés dans l'étiologie et l'épidémiologie, les résultats encore modestes de la microbiologie et de l'entomologie déterminèrent les priorités sanitaires d'abord centrées sur la prévention (Domergue-Cloarec, 1997 :1228-1240) et le développement de l'hygiène destinés au contrôle, à défaut de leur éradication, des grandes endémo-épidémies affectant, de manière permanente l'ensemble des composantes démographiques de la colonie.

L'insuffisance des connaissances des incidences de la malnutrition sur les pathologies conditionnait, dans un tel contexte, une mortalité infantile et une mortinatalité importantes, mettant en évidence le rôle crucial du péril alimentaire dans la première enfance.

En dépit des initiatives prises à partir de 1930 pour la protection maternelle et infantile, la conclusion d'une enquête démographique effectuée en AOF², après avoir confirmé que l'accroissement de la population africaine était laminé par la mortalité infantile, dressait un tableau des moins reluisants : avortement pathologique, mortinatalité et mortalité infantiles se chiffrant par un déchet considérable, 15 à 20% des grossesses n'aboutissant pas à des naissances vivantes, disparition avant l'âge de 15 ans de la moitié des enfants³. A partir de ce moment, devant la gravité du fléau occasionné par l'épineux problème de la mortalité et de la morbidité infantiles dans la colonie et face aux impératifs de réalisation du projet colonial, il importait d'inverser la tendance démographique en ciblant les facteurs du fléchissement avant de prendre des mesures appropriées pour redresser la situation.

La présente réflexion tente de répondre aux questions suivantes : Quels sont les moyens et les stratégies mis en œuvre, autrement dit quelle politique sanitaire les autorités coloniales ont-elles menée pour protéger les groupes vulnérables, notamment les enfants, les femmes gestantes ou allaitantes ? L'action sanitaire et l'œuvre médicale obéissent-elles à une notion humanitaire ou répondent-elles aux impératifs de mise en valeur et d'exploitation de la colonie ? Quel bilan peut-on dresser de la politique de santé infantile ?

I Une politique sanitaire au secours du « péril démographique » : 1930-1944

Bien avant la constitution de l'AOF, la France avait mis en place les bases d'une politique sanitaire dans les colonies pour répondre aux impératifs de conquête coloniale et de protection de l'élément européen. Les priorités médicales étant fort centrées sur la mise en place des structures sanitaires (Ngalamulume 1997 :1211 ; Gaye 1997 :1165), le développement de l'hygiène, la prévention et le contrôle des grandes endémo-épidémies (Domergue-Cloarec 1997 :1228-1240), la population infantile n'occupa qu'une place du reste fort modeste dans la politique sanitaire coloniale.

¹ La nosologie est l'étude des caractères distinctifs qui permettent de définir les maladies.

La nosographie est la classification méthodique des maladies.

² ANS IH25(26) : Gouvernement général, Inspection Générale des Services sanitaires et médicaux ; instruction sur la lutte contre la mortalité infantile et les maladies endémo-épidémiques. Imprimerie du Gouvernement général, 1940, p.3

³ Ibid

Certes, l'arrêté du 8 février 1905, en créant le service de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) lui conféra la charge de dispenser à titre gratuit les soins médicaux aux populations africaines, des conseils d'hygiène, de répandre la vaccine et de promouvoir la protection maternelle et infantile. Toutefois, les résultats ne furent pas à la mesure des espoirs fondés et, à la pénurie de personnel qualifié, répondit le déficit de formations sanitaires convenablement équipées en sus des réticences des populations à la médication occidentale.

Ce ne fut qu'après la Grande Guerre que l'œuvre sanitaire, particulièrement la santé maternelle et infantile, reçut une nouvelle impulsion avec la création en 1918 à Dakar d'une Ecole de Médecine dont la vocation première était d'offrir un cadre à l'instruction des médecins, pharmaciens et sages-femmes destinés à servir comme auxiliaires dans le cadre de l'AMI en AOF (Ndiaye 1997 :1193-1202). Lancée avec des sections de médecine et de sages-femmes indigènes, l'école, bientôt dotée d'une section de pédiatrie aux moyens limités, s'attela à la vulgarisation d'actes médicaux simples (visites, vaccinations, établissements de fiches individuelles).

Ce survol historique montre que la prise en compte de la population infantile dans la politique sanitaire fut relativement récente au Sénégal. Les épisodes infectieux de la prime enfance (variole, rougeole, coqueluche), en dépit de leur virulence, ne furent pas une préoccupation majeure de la politique sanitaire coloniale du fait de leur prévalence essentiellement limitée à la population africaine. Il faudra attendre les années 1930, mais surtout l'après-guerre, suite à la maîtrise des grandes endémies décimant la population européenne (fièvre jaune, trypanosomiase, paludisme) pour que l'action médicale puisse se focaliser sur les maladies de l'enfance par la prise en compte de la pédiatrie dans les priorités sanitaires.

Le « fléau démographique » alimenté par un avortement pathologique, une morbidité et une mortalité infantiles importantes commandait la prise à bras-le corps des questions de santé des populations indigènes beaucoup moins d'ailleurs par philanthropie que par nécessité. La réalisation du projet colonial impliquait, en vertu de la doctrine « faire du nègre » la rentabilisation des colonies. En 1924, le gouverneur général Carde exprima clairement cette option lorsqu'il affirma que : « l'œuvre sanitaire et l'action médicale sont dictées par la nécessité de développer la race en quantité et en qualité »⁴. Dans cette perspective, de nombreuses mesures furent prises, le plus souvent relatives à la mortalité infantile.

L'ouverture, à partir de 1930 d'une section de formation à l'intention des infirmières visiteuses pour une durée de deux ans à l'Ecole de Médecine de Dakar répondait à la nécessité de créer une passerelle entre les structures sanitaires et la concession indigène afin de vulgariser la médication occidentale et vaincre la réticence des populations. En fait, « la vraie fonction des infirmières visiteuses consiste à pénétrer dans les familles indigènes, à rechercher les futures mères et les nourrissons pour s'efforcer de les amener aux consultations »⁵.

La prise en charge des matrones dans le schéma de formation initiée par les gouverneurs Carde et Brévié visait à « éviter le danger des manœuvres traditionnelles »⁶ grâce à l'acquisition des normes de propreté au cours de l'accouchement et « de la notion de secours qui doit être réclamée à temps dans les cas de dystocie et d'infection puerpérale »⁷. Pour ce faire, des mesures incitatives furent prises sous la forme d'une prime de rendement calculée en fonction du nombre de nouveaux-nés présentés en bon état alors qu'une bonne cicatrisation ombilicale était rétribuée à raison de trois francs par enfant⁸.

⁴ ANS 1H102(163), Circulaire du 12 mars 1924 du Gouverneur général Carde. Instruction sur le fonctionnement de l'AMI, Gorée, Gouvernement général, 1927.

⁵ Ibid.

⁶ ANS 1H102 (163)

⁷ Ibid

⁸ Ibid

de fécondité brute, d'avortements et, par voie de conséquences, leur répercussion sur le mouvement de population »¹¹.

Les conclusions de cette enquête démographique, tout en confortant l'idéologie alarmiste de la dangerosité d'une dépopulation de l'AOF posèrent du coup le problème de la rigueur et de la fiabilité des statistiques coloniales. Les difficultés à utiliser « les statistiques de natalité et de mortalité infantile en raison de leur manque d'uniformité (...) car établies sur des modèles les plus divers variant non seulement d'une colonie à une autre, d'un endroit à un autre, mais presque avec chaque médecin »¹² nécessitèrent la création d'une section coloniale du Comité National de l'Enfance en vue d'une protection de la mère et de l'enfant indigènes et d'une plus grande rigueur dans la gestion des statistiques de natalité et de mortalité infantile¹³.

Toutefois, le personnel médical (sages-femmes, auxiliaires, matrones, infirmières visiteuses, médecins) et administratif (commandants de cercle, chefs de canton, ...) chargé de l'exécution des enquêtes et de la collecte des données n'était pas préparé à cette tâche. C'est la raison pour laquelle « les statistiques n'étant pas l'œuvre de statisticiens confirmés »¹⁴ et, qui plus est « difficiles à établir dans un pays (le Sénégal) où la majorité de la population n'a pas d'état civil et beaucoup de chiffres donnés sans valeur »¹⁵, celles élaborées et formées par les services de santé doivent être manipulées avec beaucoup de précautions.

Pendant le second conflit mondial, le discours officiel fut à nouveau dominé par le problème du dépeuplement imputable à une forte mortalité infantile. La campagne déclenchée contre le fléau de la « maladie démographique » trouva un puissant signal avec l'instruction sur la malnutrition et la mortalité infantile du 1^{er} juin 1940 qui reconnut tout de même les limites et les carences de la lutte contre la mortalité infantile du fait de la déféctuosité et de l'insuffisance des infrastructures (maternités, dispensaires) et de la répugnance des populations à la médication occidentale¹⁶.

Au niveau réglementaire, dans le contexte de la politique pro-nataliste de Vichy, une loi relative à la répression de l'avortement fut prise le 15 février 1942. Au niveau institutionnel, la circulaire 644 du 18 juillet 1942 réorganisa les services de santé de l'AOF désormais centralisés à Dakar et dissout l'Inspection Générale des Services Sanitaires et Médicaux fonctionnelle depuis 1912 et dont les statuts n'étaient plus en phase avec les réalités de la guerre.

Le médecin Général Ricou, artisan de la réforme proposa un nouvel organigramme dans lequel la section III devait s'occuper de l'hygiène générale et de l'œuvre sociale comprenant la protection de l'enfance, la démographie, l'urbanisme, la climatologie et l'alimentation (Ricou 1942). Ricou, tout en préconisant la coordination et la coopération des différentes sections ainsi que la création d'un groupe sanitaire mobile, mit l'accent sur la prophylaxie, considérée comme pilier majeur de la nouvelle politique sanitaire. La réforme réaffirma les principes antérieurs et son obsession nataliste, la préoccupation majeure des autorités coloniales consistant, en vertu de la doctrine « faire du Noir » (Ricou 1942 :1), à faire pièce à « la maladie démographique ».

L'enjeu principal s'organisait autour de la protection des indigènes en vue d'accroître les ressources humaines et économiques dans un contexte de pénurie généralisée. Surtout que l'occupation de la métropole, l'isolement des colonies dans le cocon de l'économie impériale rendaient, sinon impossible, du moins difficile la suppléance du marché mondial. Il fallait dès

¹¹ Ibid

¹² ANS 1H102(163) : circulaire N°14-2/s du 8 avril 1937. Gouvernement général

¹³ Ibid

¹⁴ ANS 1H102(163) : Lettre N°461DSSA/A

¹⁵ Ibid

¹⁶ ANS 1H25(26)

lors rentabiliser les colonies par leur exploitation maximale et, ce faisant, faire face aux nouveaux impératifs dictés par l'économie de guerre.

II La politique de santé infantile, ses priorités, ses grands axes et son bilan (1945-1960)

Après le second conflit mondial, les principes de générosité et de solidarité issues des enthousiasmes de la Libération furent mis en avant dans le discours.

Au centre des priorités se trouvait la mortalité des enfants et celle des adultes. Devant les nécessités de développement économique et social, la protection sanitaire des ressources humaines constitua un impératif des services de santé. La mise en évidence des relations entre l'alimentation et la santé modifia le discours colonial sur l'indolence native et la paresse du Noir qui, jadis assimilés à une déficience d'ordre racial, furent maintenant perçus dans ce nouveau contexte comme une résultante de l'état nutritionnel et de la situation alimentaire. Sur cette question, le docteur Léon Palès tranche en écrivant : « si cette déficience ne se manifeste pas par des troubles pathologiques visibles, on peut avancer que le développement du corps et de l'épanouissement mental, de même que le rendement de l'un et de l'autre, sont freinés par cet état » (Palès 1949a :2). D'autant plus que « la difficulté ou l'impossibilité d'un effort soutenu comme une simple apathie, semble relever de cet état organique et non d'un caractère racial » (Palès 1949a :2). Il rejoint ici Albert Sarraut qui, quelques années auparavant, insistait sur la nutrition comme facteur de promotion du capital humain, mettait en garde contre le cercle infernal de la malnutrition. Pour Sarraut, « l'indigène ne travaille pas assez parce qu'il ne mange pas assez ; il ne mange pas assez parce qu'il ne travaille pas assez ». Désormais, dans l'optique du pouvoir colonial, la fragilité biologique, l'apathie physique et intellectuelle, la vulnérabilité aux épidémies et, qui plus est, l'importance du taux de mortalité dérivait des déséquilibres et carences alimentaires.

L'importance accrue prise par les questions alimentaires et les incidences socio-économiques de la malnutrition justifiaient la création le 9 juillet 1945 d'une nouvelle structure, l'Organisme d'Enquêtes pour l'Etude Anthropologique des Populations Indigènes de l'AOF (Alimentation-Nutrition) plus connue sous le nom de Mission Anthropologique. La création de la Mission Anthropologique fut aussi dictée par la pression d'une opinion internationale exigeante, de plus en plus soucieuse des ravages de la malnutrition dans les colonies. Il s'agissait, pour le nouvel organisme, de déterminer l'état nutritionnel des populations, la composition des tables alimentaires, d'inventorier en quantité et en qualité les ressources alimentaires et leur valeur nutritive. Outre les études au sujet des lacunes sur les connaissances des habitudes alimentaires, les recherches nutritionnelles portaient sur les groupes vulnérables (enfants, femmes enceintes ou allaitantes). L'identification des troubles de croissance, des états de sous-nutrition, de malnutrition ou d'hypovitaminose au sein des groupes vulnérables devait leur assurer une alimentation rationnelle et équilibrée comportant tous les nutriments.

La réalisation de ces objectifs impliquait, au préalable, la mise en application d'un vaste programme d'éducation du public en matière alimentaire. Au plan sanitaire, le dépistage précoce par des tests adéquats des caractères pathologiques des maladies de carence fut complété d'études démographiques et statistiques sur la morbidité, la mortalité, la natalité ainsi que la fécondité au niveau des centres pilotes ouverts à cet effet à Popenguine et à Mont Rolland.

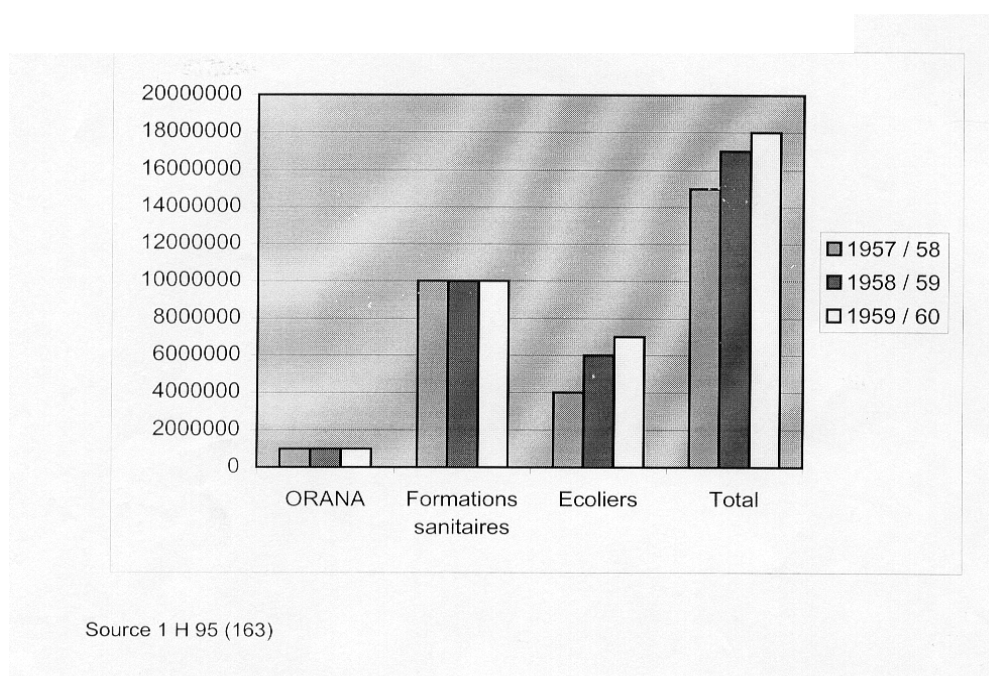
La persistance des déficiences alimentaires endémiques en dépit des nombreuses initiatives amena les puissances coloniales à initier une série de conférences (Dschang au Cameroun en 1949, Fajara en Gambie et Brazzaville en 1952)¹⁷ relatives à la situation alimentaire et

¹⁷ ANS 1H56(163)

nutritionnelle dans les colonies africaines. La mise en pratique des recommandations (lutte contre la malnutrition des groupes vulnérables), la dissolution de la Mission Anthropologique transformée en Organisme permanent de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA) s'accompagnèrent d'un vaste programme de lutte contre la malnutrition et la sous-nutrition dans les groupes vulnérables à l'image des jeunes enfants.

L'axe principal des mesures prises par l'ORANA en matière de lutte contre la malnutrition a consisté à la création de centres expérimentaux à Popenguine et à Mont Rolland à partir de 1952, au renforcement des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), aux essais dans les centres ruraux de centres de récupération nutritionnelle préconisés par l'OMS (supplément protidique destiné aux groupes vulnérables : nourrissons, mères, enfants).

La lutte contre les carences nutritionnelles se concrétisa grâce à l'appui des organismes internationaux par l'exécution d'un vaste programme de distribution de capsules vitaminées et de lait en poudre de 1957 à 1960 (50 millions de capsules vitaminées distribuées en AOF dont 25 millions au Sénégal avec 11 millions délivrés dans les écoles, appoint de 50g de lait en poudre et une capsule quotidienne de 1500 UI de vitamine A associée à la vitamine D)¹⁸.

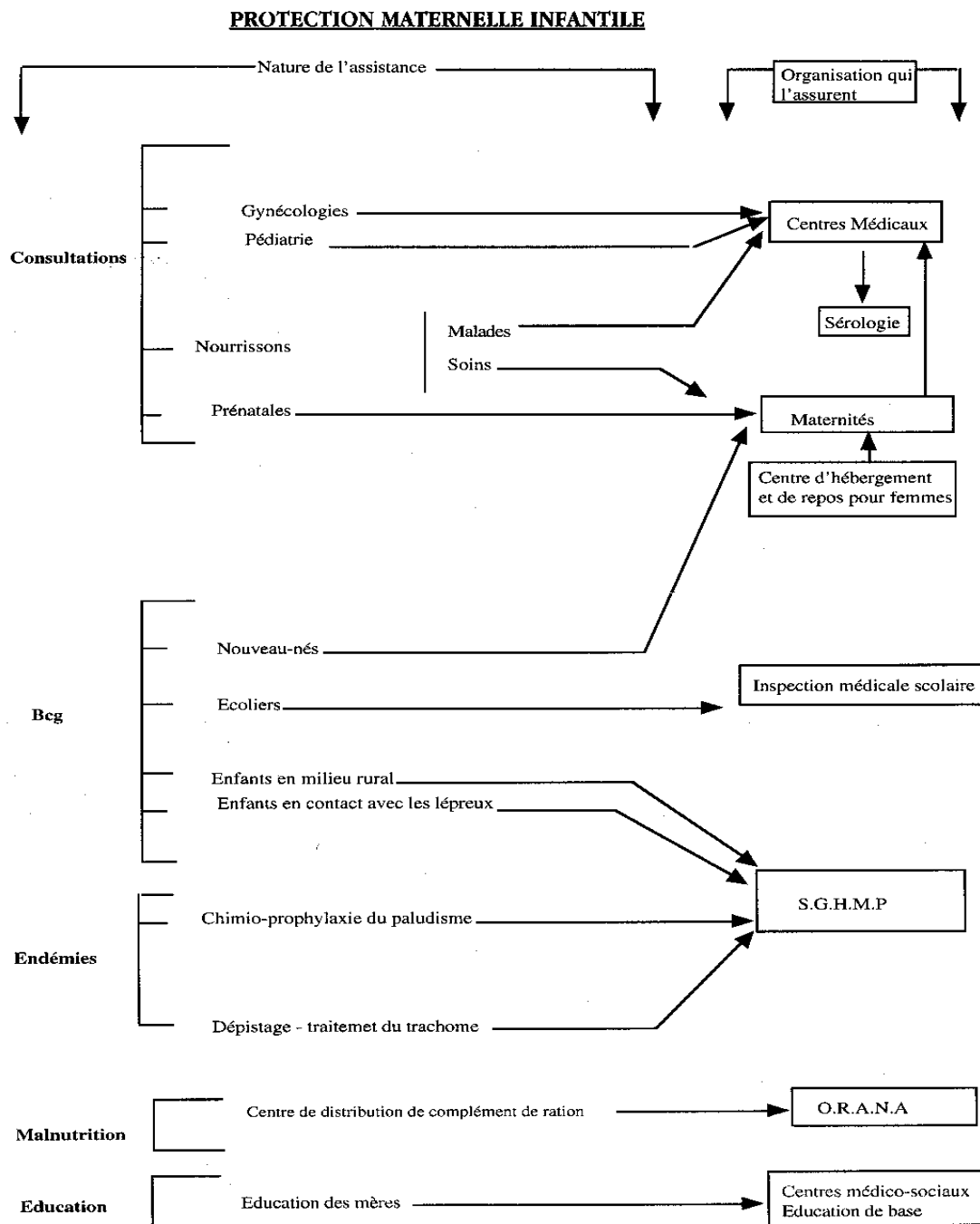


Les sources archivistiques montrent une prise en compte assez tôt de la population scolaire dans la politique sanitaire. L'école, pilier majeur du projet colonial, devait assurer la diffusion des valeurs de civilisation occidentale et fournir des auxiliaires de l'administration. Le péril sanitaire risquant de compromettre sérieusement la mise en valeur coloniale, l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des élèves représentait un impératif à tout progrès et développement économique. L'introduction, dès 1913 de l'enseignement sanitaire dans le cours primaire répondait au souci d'utiliser les élèves comme relais dans la diffusion des principes d'hygiène. A partir de 1930, les élèves étaient soumis à des visites et contrôles fréquents, une visite mensuelle de dépistage étant effectuée et des campagnes de vaccination organisées dans les établissements scolaires. Après le second conflit mondial, le renforcement de la protection de la population scolaire se matérialisa par l'ouverture de cantines scolaires, le suivi nutritionnel avec la distribution de capsules vitaminées.

¹⁸ ANS 1H95(163)

L'assistance des organismes internationaux permet l'octroi d'importants crédits destinés à l'équipement matériel et l'exécution d'un vaste programme consacré aux problèmes médicaux et nutritionnels relatifs à la mère et à l'enfant. Pour « étudier les conditions d'application de la médecine sociale dans une zone de brousse et offrir la possibilité de stages fructueux au personnel médical et paramédical »¹⁹, un centre d'enseignement de pédiatrie est ouvert en 1957 à Khombole, petite ville située à une centaine de km à l'ouest de Dakar.

La réorganisation du service de la protection maternelle et infantile présenta un nouvel organigramme.



¹⁹ ANS 1H103(163)

Accouchements

Nombre de services

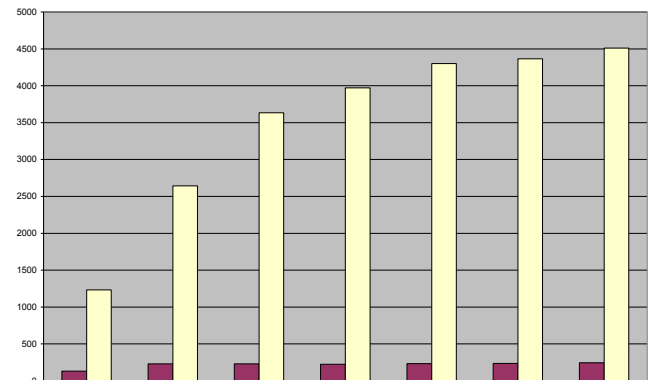
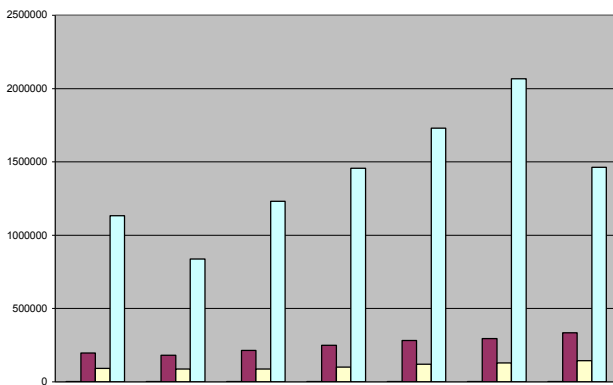
Consultations prénatales

L'axe principal des mesures prises contre la malnutrition a consisté à dispenser une éducation pour les mères dans les centres médico-sociaux et à transférer le volet nutritionnel à l'ORANA. Au niveau sanitaire, les consultations prénatales, les consultations de nourrissons sains ou malades relevaient des maternités et des centres médicaux.

Tableau 2 Protection maternelle et infantile en AOF

Années	Consultations prénatales (mères)	Accouchements	Consultations (enfants 0-5 a)	Nombre de services	Nombre de lits avec berceau
1945	195028	91152	1132114	132	1233
1950	182461	87796	836915	229	2644
1951	213953	88153	1231941	229	3634
1952	249378	100369	1455975	225	3971
1953	281516	119262	1729413	232	4301
1954	294898	129504	2066933	235	4365
1955	335325	143703	1464319	246	4511

1945 1950



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

Quant à la vaccination du BCG, elle était assurée par les services de maternité pour les nouveau-nés et par l'inspection médicale scolaire pour les élèves alors que la gestion de la santé infantile et des endémies relevait du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP).

Au bilan, l'intensification de la protection maternelle et infantile, les campagnes massives de vaccination à partir de 1953, la mise en œuvre d'un programme d'alimentation supplémentaire des groupes vulnérables (enfants, femmes enceintes ou allaitantes) bien que dictées par l'impératif de sauvegarde des intérêts coloniaux, ont permis la maîtrise progressive

des épidémies et des maladies endémiques et contribué, à l'évidence, à diminuer la mortalité infantile au Sénégal.

Toutefois, dans bien des domaines de la politique sanitaire et de l'œuvre médicale, le divorce est constaté entre les résultats et les espoirs fondés. Aux déficiences et déficits de formations sanitaires convenablement équipées, répond la pénurie de personnel qualifié.

En outre, la politique sanitaire s'est heurtée à des difficultés autres que matérielles : obstacles socioculturels, réticences des populations à la médication occidentale. L'Instruction sur la lutte contre la malnutrition et la mortalité infantile du 1^{er} juin 1940 constata la répugnance des populations à la médecine occidentale, notamment des « femmes refusant de se soumettre à des examens spéciaux »²⁰.

L'ignorance tenace face aux réalités africaines se manifestèrent par exemple, dans le cadre de la prévention, par l'isolement des malades, l'interdiction des marchés en période d'épidémies, autant de mesures qui, la plupart du temps, apportèrent plus de problèmes qu'ils n'en résolurent, butant plutôt aux réalités socioculturelles. Les mesures spéciales comme la quarantaine, l'isolement, relevaient plus du discours normatif que de la réalité africaine. Comment faire comprendre et faire accepter à la population africaine la suspension des transactions commerciales ou l'isolement des enfants dans une société où l'individu, qui n'existe pas en tant que tel, est plutôt une propriété du groupe. Ce qui, certainement, expliquait la dissimulation des malades lors des épidémies.

D'autre part, la forte concentration des infrastructures dans la partie occidentale de la colonie laisse apparaître une carte sanitaire dégageant un double visage. D'une part, la région de l'Ouest au voisinage de Dakar bien équipée en centres de soins et en équipements sanitaires et de l'autre, une zone délaissée (Sénégal Oriental, Casamance, Fleuve) frappée par la malnutrition et les maladies.

²⁰ ANS 1H25(26)

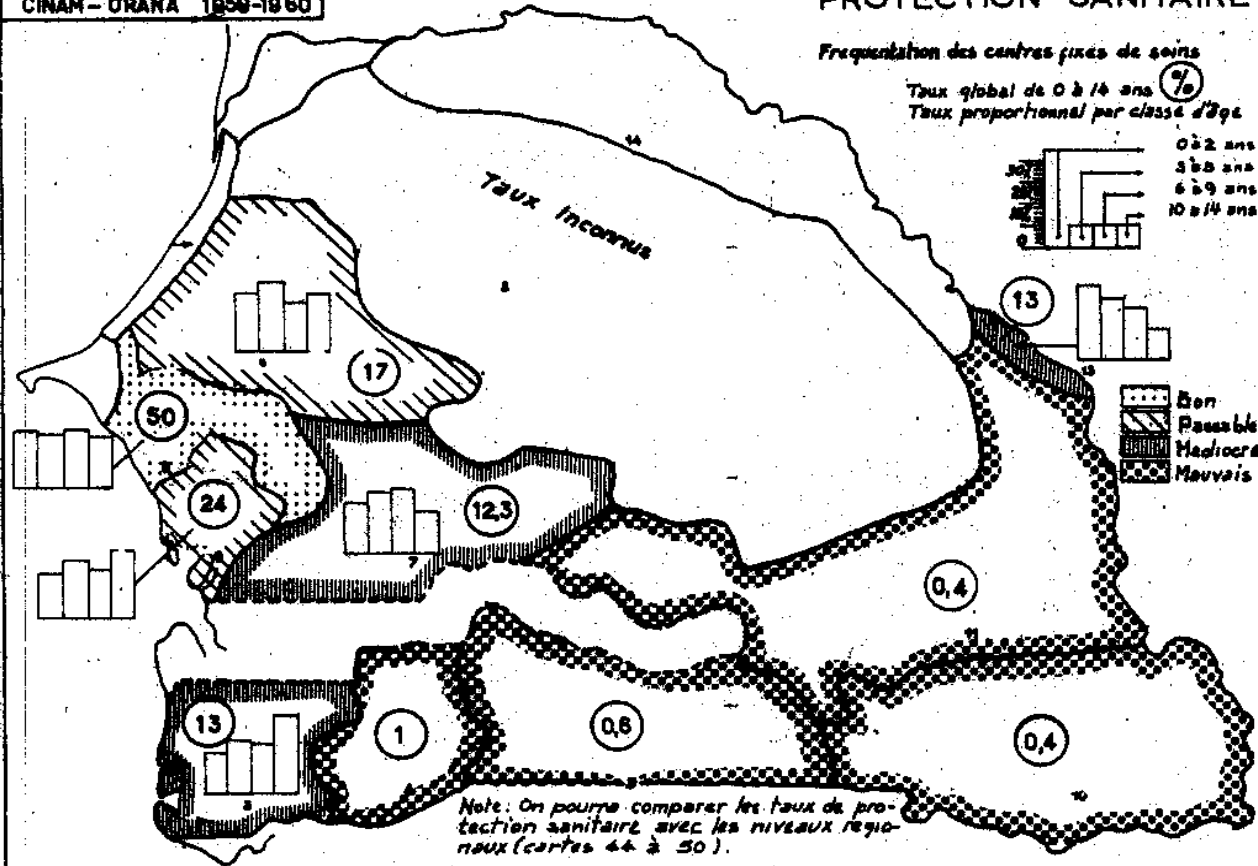
PROTECTION SANITAIRE

Frequenciation des centres fixes de soins

Taux global de 0 à 14 ans (%)
Taux proportionnel par classe d'âge



0 à 2 ans
3 à 5 ans
6 à 9 ans
10 à 14 ans



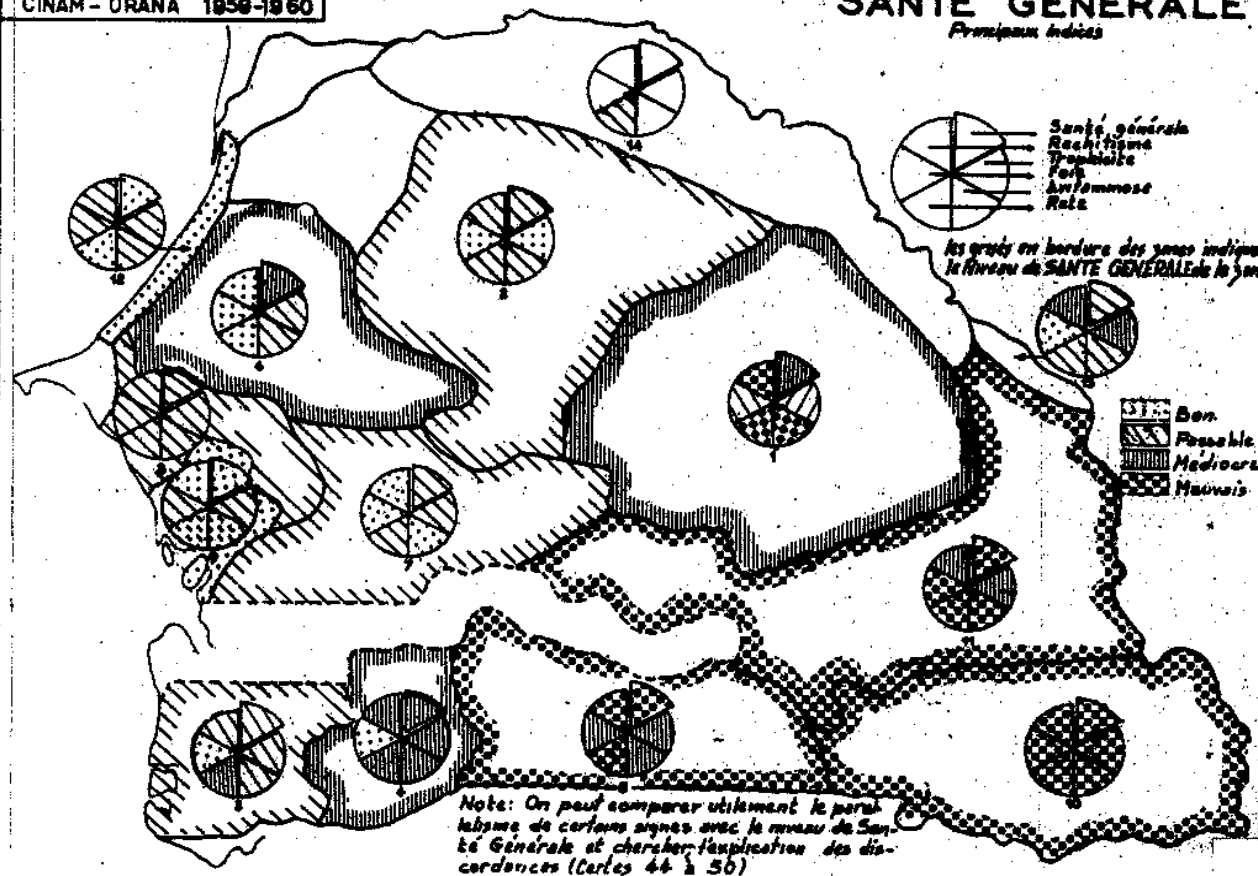
Note: On pourra comparer les taux de protection sanitaire avec les niveaux régionaux (cartes 44 à 50).

SANTE GENERALE

Principaux indices



Les arcs en bordure des zones indiquent le niveau de SANTE GENERALE de la zone.



Note: On peut comparer utilement le pourcentage de certains signes avec le niveau de Santé Générale et chercher l'explication des discordances (cartes 44 à 50).

Conclusion

Au Sénégal, la prise en compte de la population infantile dans la politique sanitaire coloniale fut relativement récente. Ce n'est qu'après le second conflit mondial que le secteur pédiatrique et la lutte contre la malnutrition infantile occupèrent le devant de la scène.

Cependant, la politique sanitaire, ou ce qui en tenait lieu, était plutôt le reflet de la conjoncture. Il s'agissait d'adaptations successives à des contextes défavorables. Il suffit que la pénurie de main d'œuvre se fait sentir ou que les flambées épidémiques se manifestent pour que les autorités coloniales se mobilisent pour faire face à la menace dans le court terme.

Aussi le bilan de la politique de santé infantile oppose-t-il d'une part des réussites indéniables en contraste aux progrès très limités enregistrés dans d'autres domaines.

Dans ces conditions, l'action médicale, bien que dictée par l'impératif d'exploitation des colonies, a participé sensiblement à l'amélioration de la situation sanitaire des populations qui s'est concrétisée par le contrôle et la maîtrise progressive des principales maladies de la prime enfance à l'image de la rougeole et de la variole. L'intensification de la protection maternelle et infantile, les campagnes massives de vaccination ont contribué, à l'évidence, à diminuer la mortalité infantile au Sénégal.

Toutefois, la politique sanitaire et l'œuvre médicale furent compromises par plusieurs facteurs. En fait, la politique sanitaire était contrecarrée par des difficultés budgétaires (insuffisance de moyens matériels, déficit du personnel médical) et des facteurs d'ordre socioculturel (réticences des populations).

En outre la complexité des questions nutritionnelles et sanitaires, l'absence de collaboration et de coordination entre les secteurs impliqués (santé, agronomie, enseignement, corps vétérinaire), les conflits de compétence entre les directions (ORANA, Direction de la Santé Publique, Institut de Pédiatrie, Ecole de Médecine, organismes internationaux) pour la gestion des projets donnent quelques indices qui permettent de se faire une idée sur les difficultés dans l'exécution des programmes.

La forte polarisation sanitaire à l'Ouest du territoire indique une baisse graduelle des niveaux de santé de la capitale à la périphérie où les enfants sont exposés à la malnutrition, aux carences et infections diverses. D'ailleurs comment aurait-il pu en être autrement au regard des fortes disparités ? Témoin, en 1960, les dépenses budgétaires pour l'agglomération dakaroise étaient estimées à 1600F/an/ht. D'Ouest en Est, ce chiffre connaît une évolution négative : 400F dans la zone arachidière, 160F/an/ht dans le Sénégal Oriental, le Ferlo, la Moyenne et Haute Vallée du Sénégal²¹.

²¹ CINAM 1960, Rapport sur les perspectives de développement du Sénégal. Rapport Hygiène Santé I : Rapport et Annexe. p.59

Glossaire

AMI : Assistance Médicale Indigène
 FAO : Food and Agriculture Organisation
 FISE : Fonds International de Secours à l'Enfance
 FIDES : Fonds d'Investissement pour le Développement Economique et Social
 PMI : Protection Maternelle et Infantile
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé
 ORANA : Organisme Permanent de Recherche sur l'alimentation et la Nutrition Africaines
 SGHMP : Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

1. Sources d'archives.

1H5 (1) : Docteur Ricou, De la réorganisation des services sanitaires médicaux de l'AOF. Dakar, le 14 août 1942
 1H25 (26) : Action sociale : difficultés de l'accroissement des villes (1934-1941), action sociale à Dakar (1941), PMI, Instruction sur la lutte contre la mortalité infantile mise à jour au 1/6/1940.
 1H31 (163) : Plan décennal des services sanitaires des Territoires (1948-1956)
 1H56 (163) : Conférence inter-africaine sur l'alimentation et la nutrition, Fajara (Gambie) 19 nov.-2 déc.1952 ; Dschang (Cameroun) 3-9 octobre 1949.
 1H89 (163) : Maladies diverses. Renseignements épidémiologiques
 1H90 (163) : Alimentation, situation de l'agriculture, études sur les éléments du coût de la vie et le minimum vital par l'Union Intersyndicale (UNISYNDI) 1958
 1H91(163) : Organisme d'enquêtes pour l'étude anthropologique des populations indigènes de l'AOF, ORANA, Titres et travaux du docteur Léon Palès.
 1H92 (163) : ORANA, Correspondances avec les services de santé.
 1H93 (163) : ORANA, études, rapport annuel 1953 ; partie statistique (1954)
 1H95 (163) : Plan de lutte contre la malnutrition en AOF en liaison avec les organismes internationaux (OMS, FISE), 1954-1958
 1H96 (163) : ORANA, préparation des enquêtes mixtes socio-économiques en liaison avec la direction de la statistique générale.
 1H97(163) : Mission pour l'étude de la consommation des produits laitiers (1956) ; répartition géographique du kwashiorkor en AOF, enquêtes (1953-1955).
 1H102 (163) : PMI ; Organisation (I) ; rapport à l'ONU
 1H103 (163) : PMI ; Organisation (II) ; Correspondances et projets ; assistance du FISE pour la lutte contre les carences alimentaires et le paludisme.

2 Bibliographie.

- Aubry (L) 1949, « Alimentation, nutrition et santé dans la première enfance (0-7ans) à Saint-Louis en 1947 ». Communication à la Conférence inter-africaine de Dschang (Cameroun), 3-9 oct.1949
- Bado (J-P) 1997, « La santé et la politique en AOF et à l'heure des indépendances (1939-1960), in C. Becker, S. Mbaye et I. Thioub (s.dir), *AOF, réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Direction des Archives du Sénégal 1997, pp 1243-1259
- Bergouniou (J-l) 1951, AOF : problème alimentaire et nutritionnel. Dakar, ORANA
- Bergouniou (j-L)1952, « Malnutrition et sous-nutrition observées chez les jeunes enfants de la presqu'île du Cap-Vert en dehors de Dakar ». Communication à la Conférence de Fajara, Gambie.
- Diop (A) 1997, « 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 (s.dir), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Direction des Archives du Sénégal, Dakar pp1212-1227
- CINAM 1960 , Rapport sur les perspectives de développement du Sénégal. Rapport Hygiène et Santé
- Domergue-Cloarec (D) 1997, « La prévention dans la politique dans la politique de l'AOF », in C. Becker, S. Mbaye et I. Thioub (s.dir), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960* , Direction des Archives du Sénégal, Dakar pp 1228-1239
- Gaye (P.A) 1997, « Discours sur le microbe et santé publique en AOF : le cas du Sénégal », in Ch. Becker, S. Mbaye et I. Thioub (s.dir), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Direction des Archives du Sénégal, Dakar pp 1164-1174.
- Ndao (M) 2000, *Contribution à l'étude de trois aspects importants dans la survie de l'enfant : l'alimentation, l'état nutritionnel et la santé infantile (Sénégal, 1930-2000)*, CODESRIA, Dakar 203p
- Ndiaye (A) 1997, « La formation du personnel africain de la santé en AOF, in C. Becker, S. Mbaye et I. Thioub (s.dir), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Direction des Archives du Sénégal, Dakar pp1193-1202
- Ngalamulume (K) 1997, « La question sanitaire durant les premières années de l'AOF, 1895-1914 », in C. Becker, S. Mbaye et I. Thioub (s.dir), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial, 1895-1960. Direction des Archives du Sénégal, Dakar pp 1203-1211*
- Palès (L) 1948, Le bilan de la Mission Anthropologique de l'AOF. Dakar
- 1949a, Rapport de la délégation de l'AOF à la Conférence interafricaine sur l'alimentation et la nutrition, Dschang, Cameroun 3-9 octobre 1949
 - 1949b, Etude comparative de la structure moyenne par classes d'âge des écoliers de Dakar. Communication la Conférence de Dschang (Cameroun)
- Raoult (A) 1956, Plan de lutte contre la malnutrition, ORANA, Dakar