



HAL
open science

La malnutrition infantile en AOF. Le cas du Sénégal, 1930-1960.

Mor Ndao

► **To cite this version:**

Mor Ndao. La malnutrition infantile en AOF. Le cas du Sénégal, 1930-1960.. Annales de la Faculté des Lettres et Science Humaines , 2004, 34. halshs-01304682

HAL Id: halshs-01304682

<https://shs.hal.science/halshs-01304682>

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

LA MALNUTRITION INFANTILE EN A.O.F. LE CAS DU SENEGAL, 1930-1960.

Résumé: Pendant la période coloniale, la colonie du Sénégal est affectée par de graves pathologies nutritionnelles. Les enfants sont particulièrement touchés par les avitaminoses, le kwashiorkor et les anémies nutritionnelles. Pourtant, malgré les ravages de la malnutrition infantile, ce n'est qu'à partir des années 1930 que les autorités coloniales initièrent une nouvelle politique sanitaire centrée sur la médecine de masse et intégrant progressivement la population infantile dans les priorités médicales..

Au total, la lutte contre la malnutrition, bien que dictée par l'impératif d'exploitation des colonies, participa sensiblement à l'amélioration de la situation alimentaire et nutritionnelle qui se concrétisa par une réduction sensible de la morbidité et de la mortalité infantiles.

Abstract : During colonial times, the colony of Senegal was affected by serious nutritional pathologies. Children mostly suffered from avitaminous, kwashiorkor and nutritional anemia.

Yet, in spite of the ravaging infantile malnutrition, colonial authorities initiated a new health policy based on mass medicine only in the 1930 s, progressively integrating child population in health priorities.

All in all the fight against malnutrition, although dictated by colony exploitation imperatives noticeably contributed to the amelioration of the food and nutritional condition, characterized by an appreciable reduction of infantile morbidity and mortality.

Cette contribution explore un problème de santé publique majeur dans les pays en voie de développement.

Dans les anciens territoires de l'AOF, la malnutrition affectait et parfois même décimait, tout avant hier qu'aujourd'hui, une importante frange de la population infantile.

Au Sénégal, malgré la création de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) par l'arrêté du 8 février 1905, la prise en compte effective des enfants dans la politique sanitaire et sociale coloniale se révéla relativement tardive. L'analyse historique des pratiques de la médecine coloniale indique la mise en place, à partir des années trente, d'une médecine de masse intégrant progressivement la population infantile dans les priorités médicales. Pourtant, il faudra attendre la fin du second conflit mondial pour voir les pouvoirs coloniaux, sous la pression d'une opinion internationale de plus en plus sensible au sort des populations des colonies, prendre à bras-le corps l'épineuse question de la malnutrition infantile. Pourtant une enquête réalisée en 1938 dans la fédération insistait déjà sur le rôle crucial du facteur alimentaire dans la survie de l'enfant.

La présente réflexion tente de répondre aux interrogations suivantes : Quelles sont ses formes ainsi que sa prévalence à l'échelle de la colonie ? Quels moyens l'administration coloniale a-t-elle utilisé pour lutter contre « le péril alimentaire » au sein des groupes vulnérables, particulièrement la prime enfance ?

L'étude a été réalisée à partir de travaux relatifs à la question, d'une série d'enquêtes orales et notamment de sources archivistiques coloniales. Les documents d'archives de la série H, consultées aux Archives Nationales du Sénégal, les travaux entrepris par la Mission Anthropologique, l'ORANA et les médecins coloniaux (médecin commandant Jean-Louis Bergouniou, docteurs Raoult, Aubry, Bergeret, Léon Palès, etc) ainsi que les études réalisées par la CINAM en 1958 livrent de précieuses informations permettant de produire une contribution à la connaissance d'un domaine d'étude rarement abordé par l'historiographie.

I. La malnutrition : prévalence et variations géographiques

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

Témoin, cette enquête¹, indicateur de l'état sanitaire (forte prévalence du paludisme dans la zone) et nutritionnel, réalisée à Popenguine en 1953 signalant de nombreuses carences associées : avitaminoses A et B (aribo flavinose), des indices de malnutrition avancée au niveau des enfants avec des parotidoses nutritionnelles atteignant 33,3 % des enfants, des fibroses hépatiques sévères et une grande fréquence de kwashiorkor. Une année plus tôt, le docteur Raoult, au cours d'une enquête effectuée sur 1 734 enfants âgés de 0 à 5 ans, décéla 122 cas graves de

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

kwashiorkor et 543 cas bénins de malnutrition alors que 38 % des enfants manifestaient des signes évidents de carence protidique.

Une autre étude² entreprise en 1952 auprès de 134 familles faisait ressortir un déficit avec un apport quotidien de 1 528 calories d'origine essentiellement végétale. Les villages traditionnels de la presqu'île du Cap Vert, eux aussi, étaient affectés par les syndromes ou signes carentiels de la malnutrition comme l'illustre l'enquête réalisée entre le 21 décembre 1951 et le 9 janvier 1952 au niveau d'enfants âgés de 0 à 7 ans.

Tableau 1 : Syndromes ou signes carentiels chez les enfants de 8 mois au sevrage (presqu'île du Cap-Vert en dehors de Dakar)

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

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

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

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

Dans les 9 villages et au sein de tous les groupes ethniques, furent constatés des signes de malnutrition souvent liés à une carence prononcée en vitamine B, à quelques carences en vitamines C (gingivites hémorragiques) et à des anémies cliniques. Cette prévalence en milieu rural n'exemptait guère l'espace urbain.

² ANS IH95 (163) : idem

Une enquête sur un échantillon de 700 personnes comprenant plusieurs enfants menée au sein de la Médina³ dans le cadre du plan d'assistance contre la malnutrition dressait un tableau des moins reluisants.

Tableau 2 : Syndromes ou signes carentiels chez les enfants de la Médina (Dakar) 1956 d'après leur alimentation

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

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

Le tableau met en évidence une insuffisance alimentaire quantitative et qualitative d'origine protidique, vitaminique (A, B1, PP, B2, C) et en calcium. Il s'agissait, souvent, d'une alimentation où la notion de quantité primait sur la qualité.

Or l'alimentation n'est pas seulement un problème quantitatif, il est aussi qualitatif. En fait « la sensation de plénitude n'est pas le test de l'idéal nutritif » (Palès, 1949a : 4). S'il est admis que bien manger est une question de quantité mise en lumière par l'équivalence des calories, il n'en demeure pas moins vrai qu'il s'agit d'un problème de qualité, de proportion et de choix appelant la combinaison nécessairement harmonieuse de protides, lipides et glucides.

La population scolaire, elle non plus, n'était guère épargnée par la malnutrition. En 1955, les résultats des enquêtes réalisées par l'ORANA au niveau des écoles de la

³ ANS1H95(163)

banlieue dakaroise dévoilaient une situation nutritionnelle et sanitaire inquiétante avec 20 % des enfants examinés présentant des signes de rachitisme, 37 % atteints d'avitaminose B2, 17 % de caries dentaires et 32 % de troubles oculaires⁴.

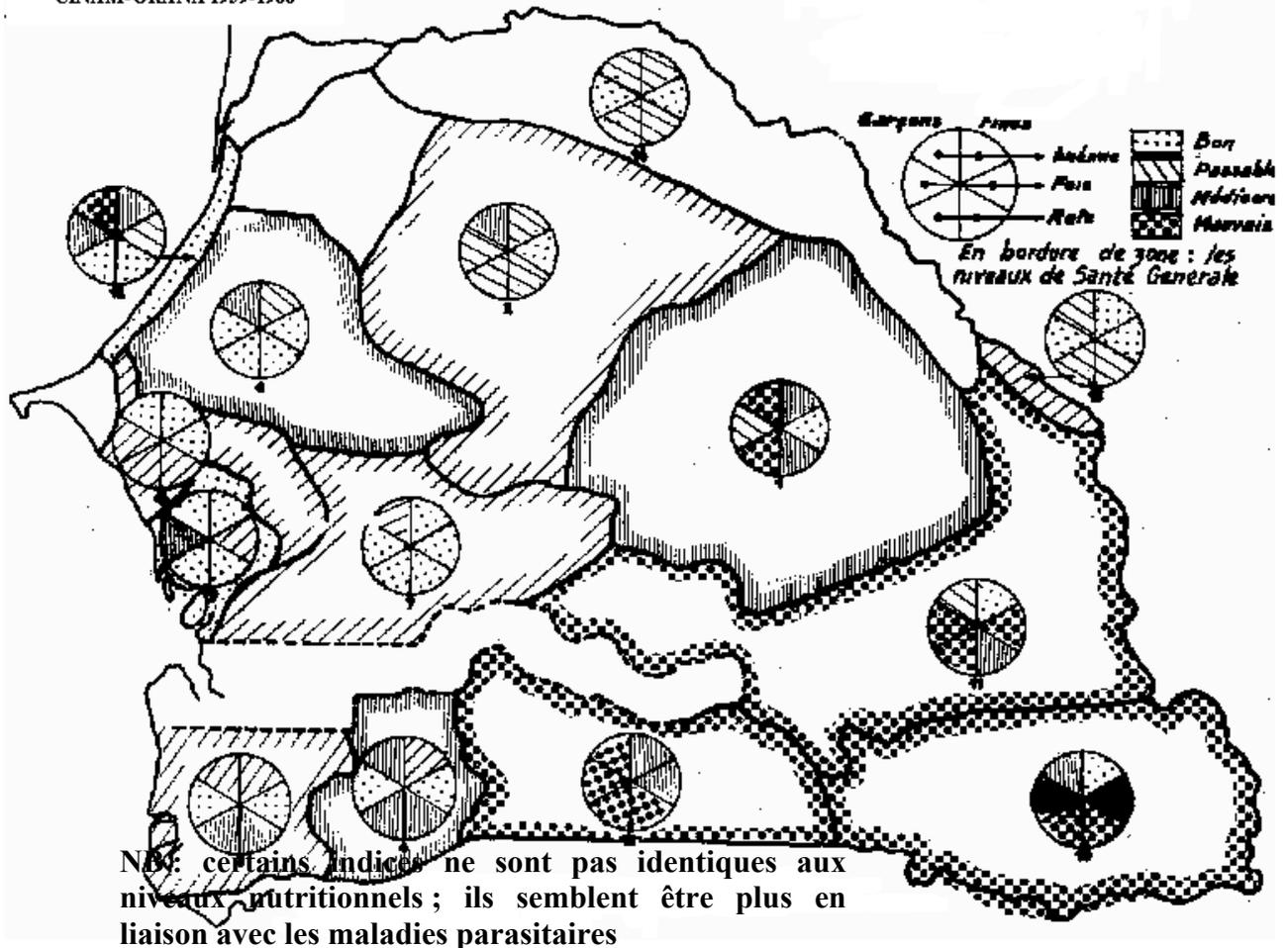
De même, à Mont Rolland, la santé infantile est mise à rude épreuve par la malnutrition : 8,8 % des enfants examinés manifestaient, la même année des signes d'avitaminose A, 12,8 % d'avitaminose B, 2,6 % d'avitaminose C alors que 7,2 % souffraient de mélanodontie (CINAM, 1960 : 61 bis).

La même période, une étude conduite par le docteur Raoult de l'ORANA sur la prévalence du kwashiorkor confirmait les mêmes tendances.

Le facteur géographique a un impact certain sur la prévalence de la malnutrition. Une analyse différenciée indiquait une prévalence de la malnutrition en milieu rural.

Le visage de la malnutrition et de la protection sanitaire sont à l'image des disparités socio-économiques au niveau du territoire. Il obéissait à un maillage en structures et formations sanitaires établi en fonction des priorités économiques et, ce faisant, privilégiait la côte et les zones urbaines. Aussi l'indice de gravité de la malnutrition de même que les niveaux de santé générale s'abaissaient-ils progressivement de ces zones privilégiées (Ouest, villes) vers la périphérie défavorisée (Est, Ferlo, Sud, Vallée du fleuve Sénégal).

⁴ 1H95 (163) : Plan de lutte contre la malnutrition en AOF.

ENQUÊTES SANTÉ
CINAM-ORANA 1959-1960

Les zones périphériques (Moyenne Casamance, Vallée du Fleuve, Sénégal oriental, Ferlo) se singularisaient par des indices carentiels et nutritionnels préoccupants.

Les niveaux nutritionnels et alimentaires, compromis par la soudure et les régimes hypoprotéiques, exposaient les jeunes enfants aux carences diverses. Du reste, les indices carentiels et nutritionnels dans le Ferlo pendant la saison sèche, soumettaient à rude épreuve les enfants âgés de 6 à 9 ans dont la majeure partie, d'ailleurs, présentaient des signes de rachitisme et de maigreur. En Moyenne Casamance, autour de Sédhiou, le taux de rachitisme s'avérait particulièrement élevé dans le groupe 0-2 ans et l'indice de maigreur était l'un des plus importants du pays. Au Sénégal oriental, la situation était aussi alarmante, avec le niveau nutritionnel le plus bas du pays du fait d'un régime protéoprive et, de surcroît, marqué par une carence iodée (Cinam 1960 : 46-47). La forte prévalence des indices carentiels et nutritionnels exposait les jeunes enfants aux carences et pathologies nutritionnelles diverses.

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

II. 1 Les avitaminoses

Les enquêtes entreprises par les médecins de la Mission Anthropologique et de l'ORANA attestent d'une grande prévalence, dans la colonie, des affections carencielles au rang desquelles prédominent les avitaminoses souvent associées entre elles ou à la malnutrition protéino-calorique. Une enquête de longue durée dans le centre expérimental de Popenguine mettait en évidence une association de carences vitaminiques (avitaminoses A, B et C), de marasme et de kwashiorkor affectant le tiers des enfants⁵.

Problème de santé publique majeur au Sénégal, les avitaminoses, souvent saisonnières en liaison au cycle agricole, à la consommation de fruits et de légumes (Auffret et Tanguy 1949), laissent apparaître un indice de gravité qui décroît d'est en ouest. La zone sylvo-pastorale, la vallée du Fleuve et le Sénégal Oriental se singularisèrent par des taux particulièrement élevés comme l'indique la carte.

L'avitaminose A, cible des enfants de 10 à 14 ans, aussi bien en milieu rural qu'en zone urbaine, s'intensifiait avec l'âge : 32% des enfants atteints dans les écoles de la banlieue dakaroise en 1955 contre 8,8% à Mont Rolland alors que l'année suivante, une enquête dans la Médina dévoilait un déficit très élevé (82%).⁶

La zone sylvo-pastorale, du fait de la soudure, connaissait les taux les plus importants : 35 % dans le groupe 10-14 ans contre 32,1 % dans la Vallée du Fleuve, 28,8 % dans le Sine, 24,5 % dans la région estuaire du Saloum et 22,6 % en Haute Casamance (CINAM,1960 : 61.)

En milieu rural, sa prévalence fut particulièrement élevée avec un taux de 38 %.

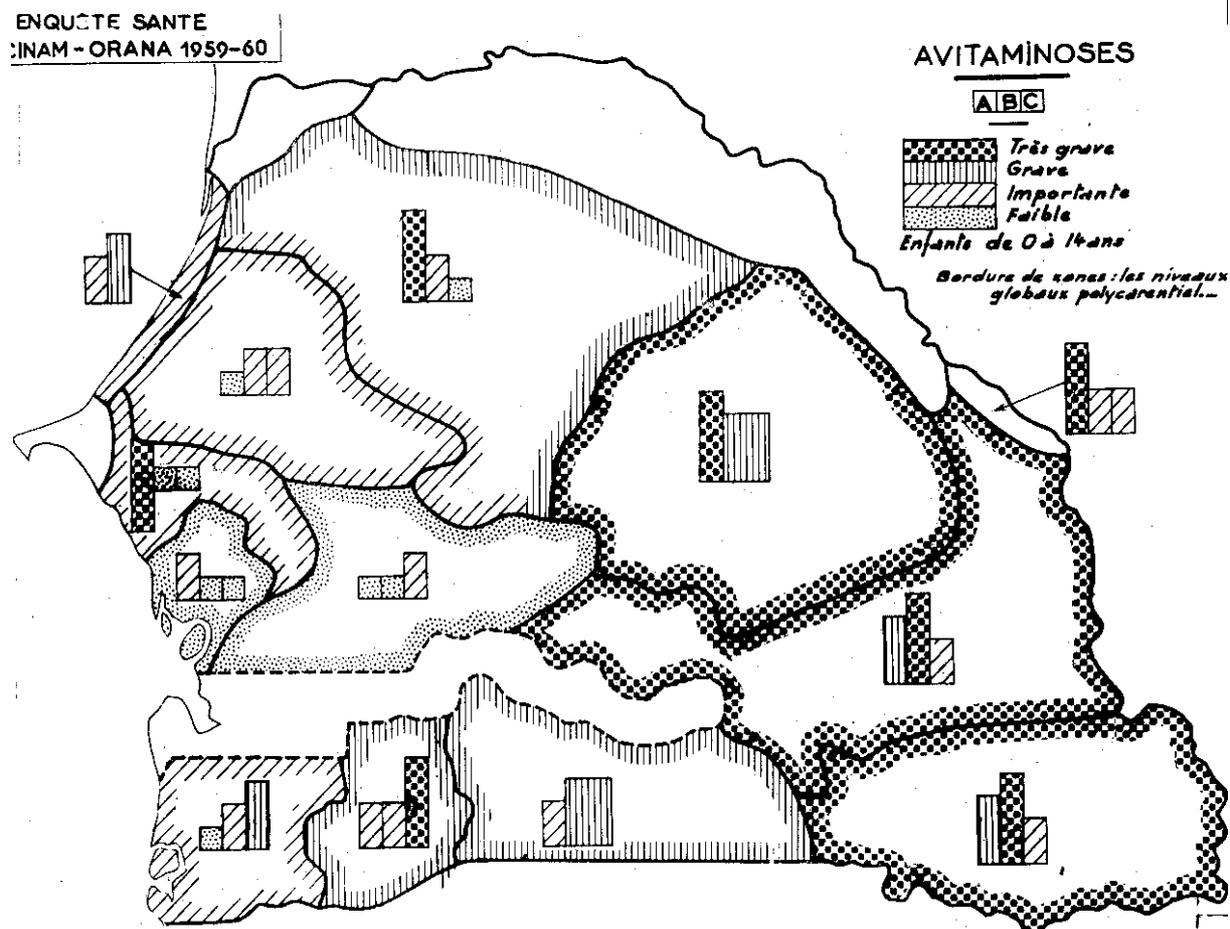
L'avitaminose B2, qui évolue avec le rythme saisonnier et le cycle agricole, sévit à l'état endémique pendant la soudure. Sa prévalence reste élevée chez les enfants avec un déficit de 24% en 1956 dans la Médina contre 45% pour la vitamine B1 et 82% s'agissant de la vitamine C. Le Sénégal oriental enregistrerait les taux les plus élevés d'aribo flavinose, notamment dans la zone de Kédougou (50,2 %). L'enquête de la CINAM de 1959-60 dévoilait des niveaux importants avec 17,5 % de chéilites angulaires associées aux fissurations des lèvres et 10 % de glossites. De même, les taux s'avéraient élevés dans la zone sylvo-pastorale, avec 43 % des enfants affectés contre 35,4 % dans la région de Bakel et 23 % dans le bassin arachidier (CINAM 1960 : 47). En milieu rural, la forte prévalence est aggravée par les effets de la soudure ainsi que les bas niveaux de protection sanitaire.

Dans la colonie, plusieurs études (Auffret et Tanguy 1949; Raoult 1956 ; Palès 1949a) mirent en évidence le caractère saisonnier des états de carences et de subcarences vitaminiques liés aux consommations et aux apports qui, soumis aux oscillations saisonnières faisaient alterner des périodes d'abondance relative en denrées alimentaires et des moments de pénurie (soudure) caractérisés par des avitaminoses. Période de « disette saisonnière » avec un retentissement sur la santé

⁵ 1h95 (163) : Plan de lutte contre la malnutrition en AOF.

⁶ 1H95(163) : ibidem

des mères, la croissance des nourrissons et l'état nutritionnel des enfants, la soudure figure parmi les problèmes majeurs de l'alimentation.



II. 2 Le kwashiorkor

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

Décrit en 1933 dans le bassin des Voltas par Cecily Williams, le kwashiorkor est la conséquence d'un régime hypoprotéique ou protéoprive longtemps poursuivi (FAO 1952 : 33). La pénurie voire la faible consommation des protéines animales (pauvreté, faibles revenus), le poids des interdits alimentaires (poissons et œufs souvent interdits aux enfants dans plusieurs ethnies) impliquent une alimentation carencée en protides même si elle est suffisamment riche (FAO 1952 :36-53).

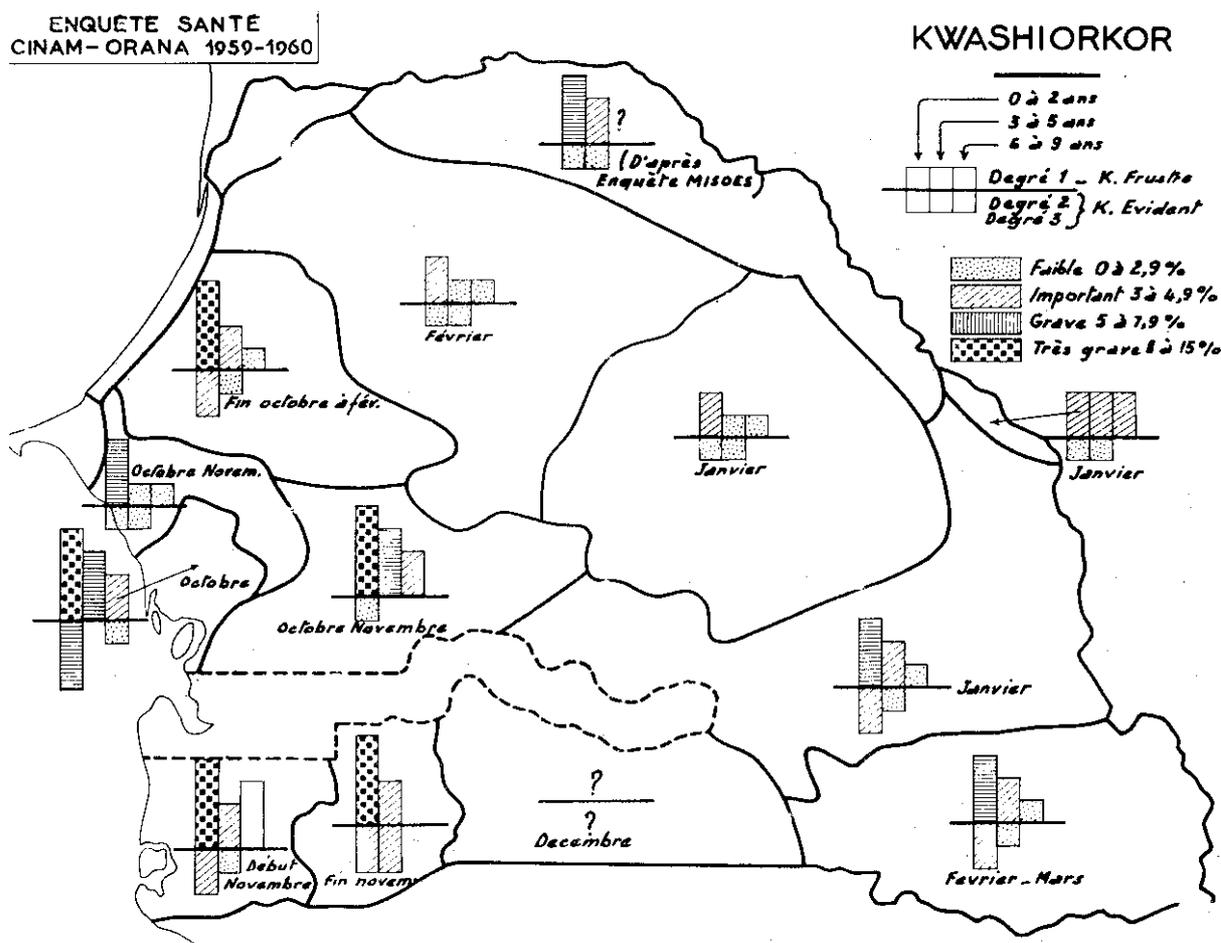
La carte montre que la vallée du Fleuve, la Casamance, le Sénégal oriental et le bassin arachidier constituaient des zones de prédilection même si aucune région n'était épargnée. Elle indique aussi des fluctuations saisonnières souvent liés aux effets de la soudure, les taux les plus importants étant observés entre septembre et octobre (CINAM 1960 : 9, 14, 47). Toutefois, s'il est vérifié que l'impact de la soudure est indéniable (Palès 1949a), il n'en demeure pas moins vrai que d'autres facteurs tels les maladies chroniques, les dysenteries, le paludisme et les parasitoses intestinales restent déterminants dans la pathologie du kwashiorkor.

En milieu rural, la première enfance représentait une cible privilégiée du kwashiorkor comme l'illustre l'enquête menée à Mont Rolland par le docteur Raoult signalant une forte prévalence nonobstant plusieurs campagnes de lutte contre la malnutrition (Raoult 1957 : 16).

Tableau 3 : Prévalence du kwashiorkor à Mont Rolland et dans la presqu'île Cap Vert (1953)

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

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

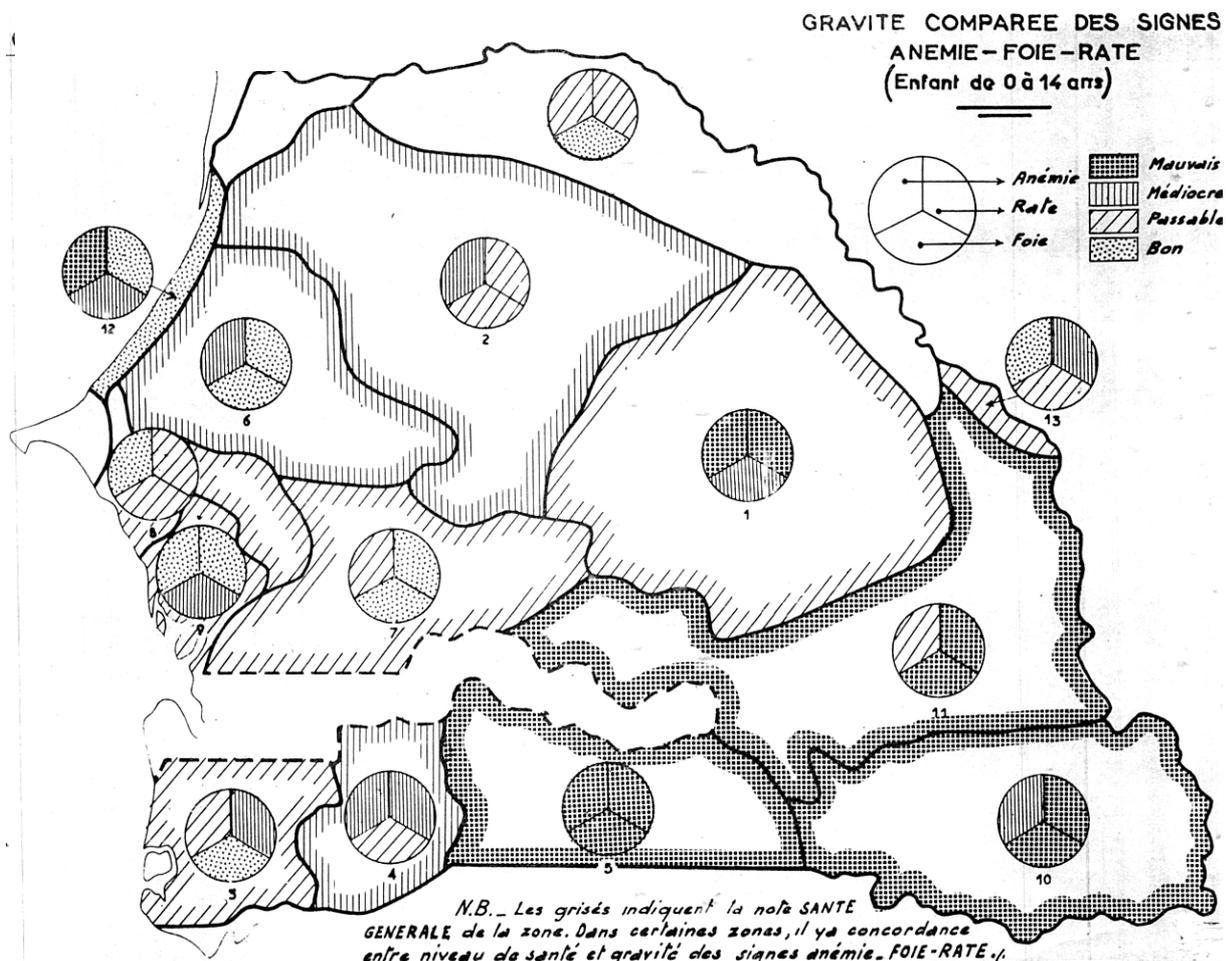


II. 3 *Les anémies nutritionnelles*

Très répandues en milieu tropical, les anémies carentielles, fréquentes au niveau des enfants et femmes enceintes, posent un problème de santé publique majeur.

A l'échelle du territoire, les anémies nutritionnelles sévissent à l'état endémique. La carte révèle des indices élevés dans les régions périphériques. Les niveaux d'anémie et d'hépto-splénomégalie progressent d'ouest en Est en relation avec les niveaux nutritionnel et sanitaire. Dans le Ferlo, plus du tiers des enfants de 2 à 3 ans (35,8 %) sont affectés d'anémies sévères, accentuées par les parasitoses intestinales qui éprouvaient durement la population infantile. Les indices d'hépatomégalie, très élevés dans le groupe des jeunes enfants de 0 à 6 ans, s'accompagnaient d'un indice splénique de 75 % entre 6 et 9 ans (Cinam 1960 :3).

Dans le bassin arachidier, la soudure pèse lourdement sur la recrudescence des cachexies et des anémies pendant l'hivernage. Au Sénégal oriental, 65 % des enfants connaissent des déficiences, des signes de rachitisme et des dystrophies. La Vallée du Fleuve, compte tenu des indices carentiels et nutritionnels élevés, enregistrait des niveaux d'anémie préoccupants. Les enquêtes de la MISOES mettaient en évidence 58 % d'indices d'anémies en 1957 et 63 % l'année suivante. Le paludisme, les carences diverses, les maladies infectieuses et parasitaires sont largement anémiantes.



III. La malnutrition selon l'âge

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

Tableau 4 : Répartition des enfants ne présentant aucun signe carenciel et de ceux qui présentent un ou plusieurs signes de malnutrition par groupe d'âge, sexe et groupe ethnique (presqu'île du Cap-Vert en dehors de Dakar)

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

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

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

Dans le groupe des enfants de 0 à 8 mois, 96,7% des 218 enfants examinés ne dévoilaient aucun signe de malnutrition, soit 211 contre seulement 4 qui révélaient des signes de malnutrition et 3 enfants. En somme, très peu d'enfants manifestaient des syndromes et signes carenciels (malnutrition ou sous nutrition) dans le groupe d'âge de 0 à 8 mois quel que soit le groupe ethnique.

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

Tableau 5 : Syndromes ou signes carentiels rencontrés chez les enfants après le sevrage (Presqu'île du Cap-Vert en dehors de Dakar)

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

Source : JL Bergouniou, op cit

Le tableau signalait 4,6 % de kwashiorkor (contre 0,5 % pour les enfants de 8 mois au sevrage), 10 % d'affections graves pouvant évoluer vers le kwashiorkor, 9,2 % d'affections graves en relation avec le paludisme, 28,9 % de signes légers de carences diverses et 12,7 % de signes très légers qui n'affectaient pas l'état général.

A l'analyse on peut soutenir que la rupture introduite par le sevrage se traduit par des signes de malnutrition qui apparaissent généralement après l'âge de 8 mois et passent par un maximum après le sevrage, mettant ainsi en évidence les relations entre l'alimentation, le sevrage, l'état nutritionnel et la santé infantile.

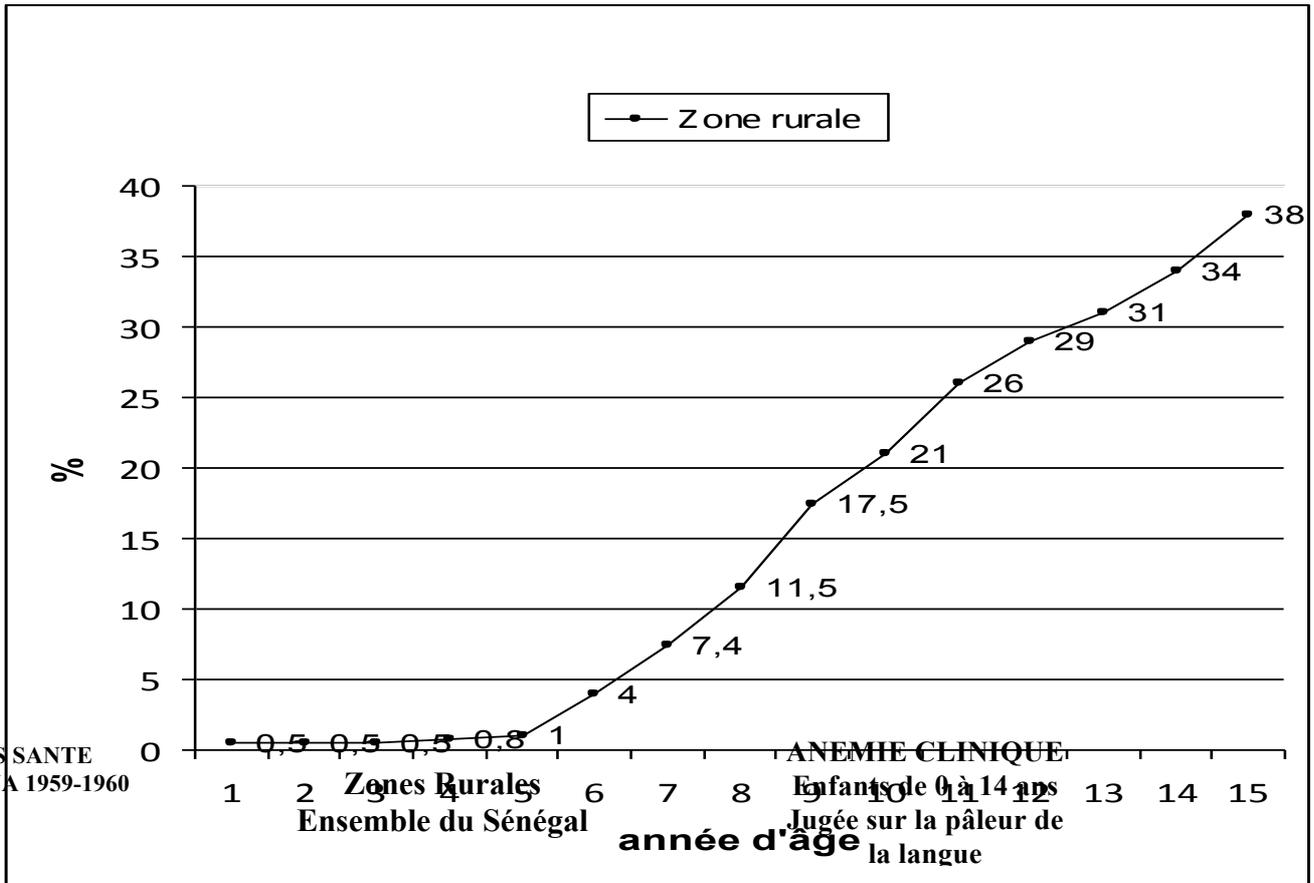
Des études effectuées à Mont Rolland, une année plus tard (1953) par le Docteur Raoult de l'ORANA viennent confirmer les mêmes tendances⁷.

A Mont Rolland, la malnutrition s'avéra importante dans le groupe des enfants de 1 à 2 ans avec une prévalence des cas d'oedèmes dans la tranche d'âge de 1 à 2 ans : 16,7 % de cas graves de kwashiorkor, un taux d'hépatomégalie de 54 % et un indice splénique de 67 % pour les enfants de 2 à 3 ans⁸. De même, les résultats des enquêtes de 1959-60 entreprises par la CINAM et l'ORANA signalaient une forte corrélation de la malnutrition et des signes de carence avec l'âge.

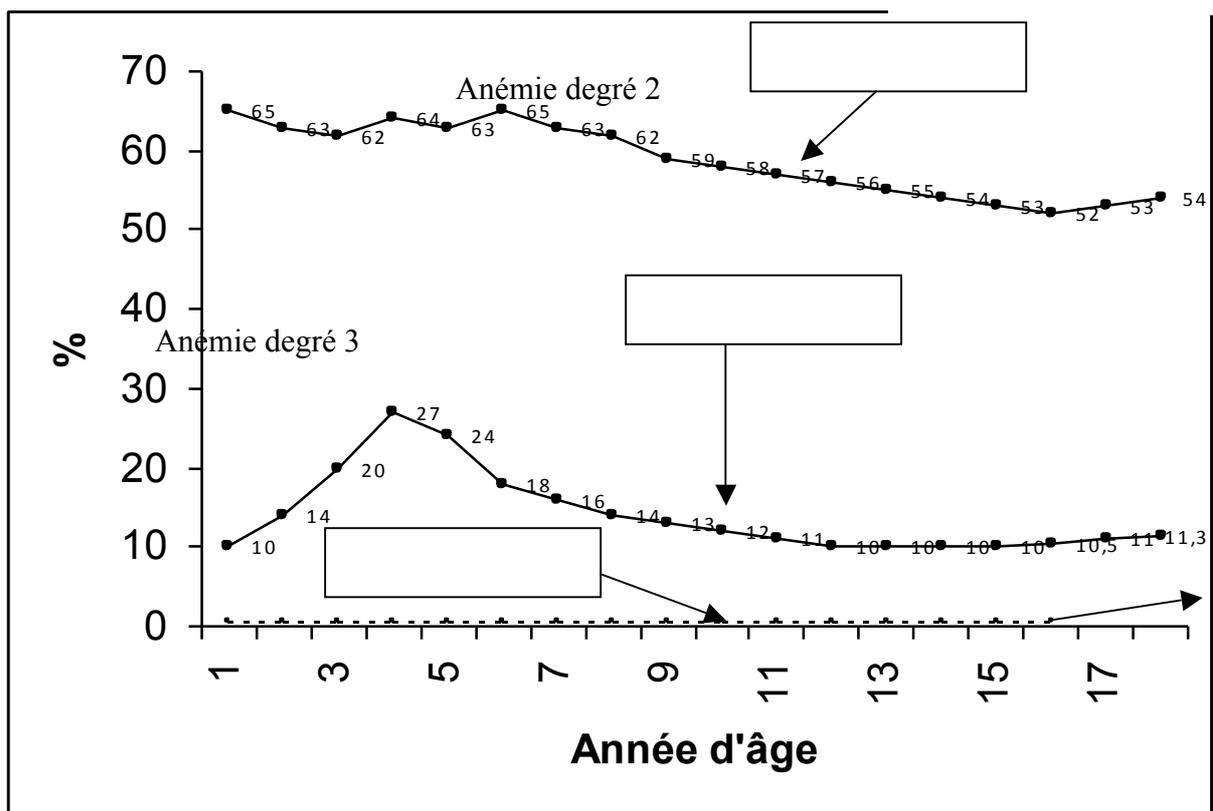
Dans les faits, les avitaminoses, les carences et les signes de malnutrition restent fortement corrélés à l'âge. L'avitaminose A s'intensifie au fur et à mesure qu'augmente l'âge. La courbe, presque stationnaire jusqu'à 4 ans prend une allure ascendante non sans refléter un indice de gravité en fonction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

⁷ 1H93 (163) : ORANA, Etudes, Rapports annuels, 1953. Parties statistiques 1954

⁸ idem



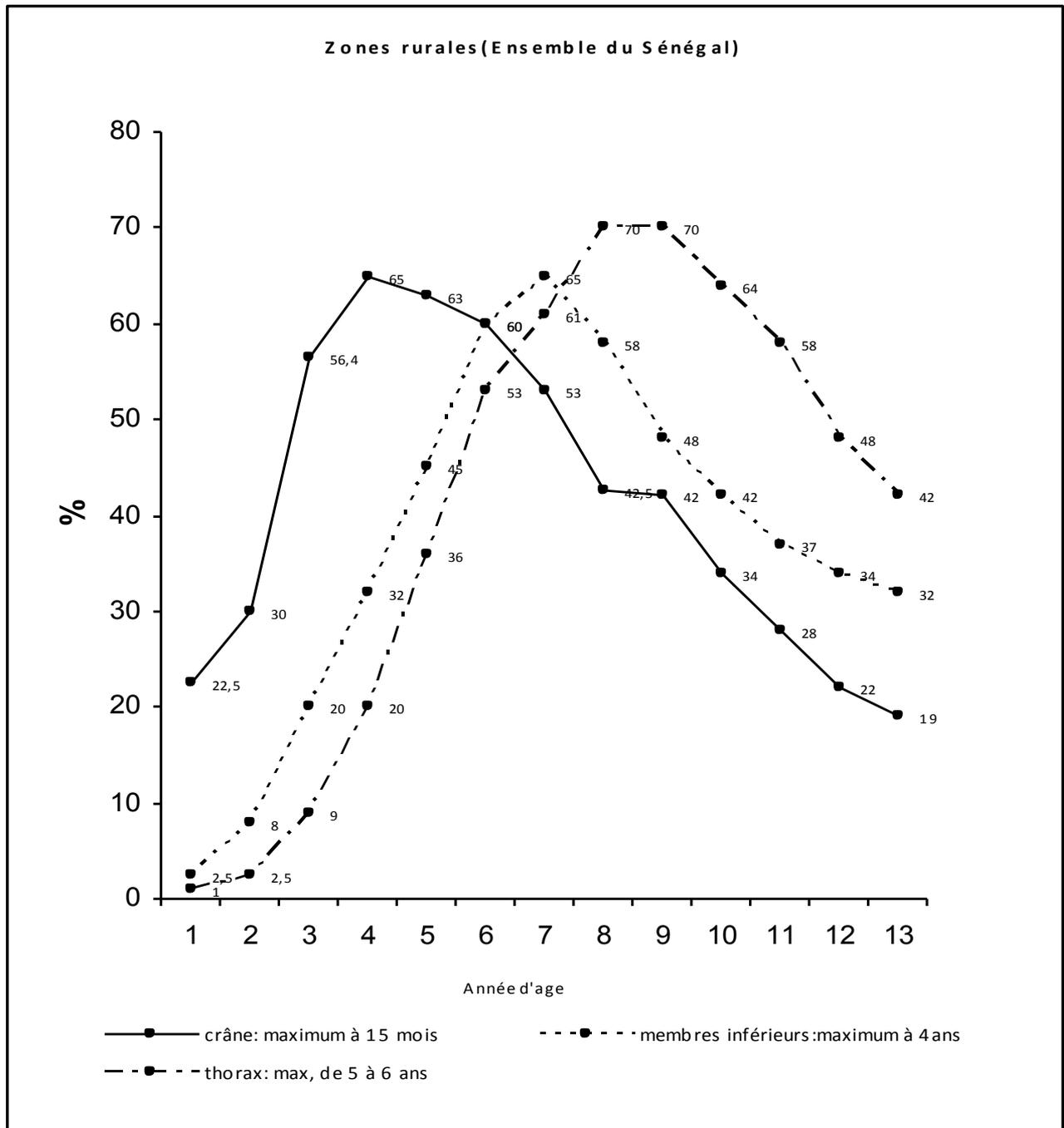
Anémie degré 1



L'anémie clinique, appréciée à partir de la pâleur des muqueuses palpébrales variait aussi en fonction de l'âge. Un tassement est observé au niveau de la courbe faisant état de l'anémie degré 3 même si des oscillations se dégagent des deux autres courbes. L'anémie degré 2 s'aggravait de 4 mois à 2 ans avec des taux variables (10 à 27 %) avant d'amorcer une chute régulière jusqu'à 9 ans, âge à partir duquel est noté un tassement jusqu'à 11 ans où s'observait une légère remontée.

Quant aux signes de rachitisme, ils varient également en fonction de l'âge comme l'indiquent les courbes d'évolution des malformations du crâne, du thorax et des membres inférieurs. C'est entre 3 et 4 ans que l'enfant laissait apparaître le maximum de signes sur l'ensemble de son squelette. En moyenne Casamance, l'indice de maigreur est l'un des plus élevés du pays. Les jeunes enfants de 0 à 2 ans étaient plus exposés avec un indice des états graves de 4,2 %. (CINAM 1960 : 14).

Les malformations du crâne, du thorax et des membres inférieurs indiquaient un taux de « rachitisme » au-dessus de la moyenne nationale.



IV. L'administration coloniale et la lutte contre la malnutrition

Assez tôt, les questions sanitaires se trouvèrent au centre des préoccupations coloniales. Dès le XIX^e siècle, les autorités coloniales se rendirent compte que la rentabilisation des colonies commandait la maîtrise des endémo épidémies susceptibles de remettre en question le projet colonial.

Mais ce fut après la Grande Guerre que le problème démographique interpella les autorités coloniales en liaison aux importantes ponctions démographiques commandées par le recrutement, la circonscription et les lourdes pertes au sein des troupes coloniales. Après la fin du conflit, le « péril démographique », la menace de dépopulation de l'AOF, la doctrine « faire du noir » (Ricou 1942 : 1) occupèrent le devant de la scène.

Il fallait, dans le cadre de la mise en valeur coloniale (Sarraut 1923 : 51) rentabiliser les ressources humaines grâce à une politique sanitaire capable d'assurer la reproduction de la force de travail. Dans les colonies, les déficiences alimentaires, endémiques, influaient profondément sur la santé et l'activité des populations. Insistant sur la nutrition comme promotion du capital humain, le ministre des colonies Albert Sarraut mit en évidence le cercle vicieux et infernal de la malnutrition en soulignant que « l'indigène ne travaille pas assez parce qu'il ne mange pas assez ; il ne mange pas assez parce qu'il ne travaille pas assez ». Les initiatives prises dès les années 1930 consécutives aux enquêtes démographiques sur le « péril alimentaire » et les ravages de la malnutrition furent vite remises en cause par le contexte international dicté par l'état de guerre. Pourtant, dès avant même la fin du conflit, sous la pression d'une opinion internationale préoccupée du sort des peuples sous tutelle, la métropole signa, lors de la conférence des Nations Unies réunissant quarante cinq pays en mai -juin 1943 à Hot Springs (Angleterre) les accords relatifs à l'amélioration des conditions de vie des populations des colonies. Désormais, la prise de conscience et la prise en compte des problèmes de santé impliquaient non seulement les pathologies de la prime enfance, mais aussi et surtout le problème majeur de la malnutrition. Debré ne dit pas autre chose. Ouvrant les journées médicales de Dakar en 1958, il insista sur les dangers de la malnutrition sur les jeunes enfants. Pour Debré, « le problème de l'alimentation à la période du jeune enfant est extrêmement aigu dans les colonies et nous commençons à nous rendre compte que cette alimentation prolonge ses effets néfastes plus tard et reste à l'état de séquelles chez le sujet plus avancé en âge quand il a été mal nourri étant tout petit »⁹.

Toute la période d'après-guerre durant, les services sanitaires furent unanimes à diagnostiquer l'existence et l'ampleur du « fléau nutritionnel » dans la fédération. Cette convergence dans le discours colonial autour du péril nutritionnel comme fléau démographique nécessita la création, le 9 juillet 1945 d'une nouvelle structure

⁹ 1H103 (163) : PMI ; Organisation ; Correspondances et projets ; assistance du FISE pour la lutte contre les carences alimentaires et le paludisme.

dénommée Organisme d'Enquêtes pour l'Etude des Populations Indigènes de l'AOF (Alimentation-Nutrition) plus connu sous le nom de Mission Anthropologique. La création de la Mission Anthropologique fut dictée par la pression d'une opinion internationale sensible aux ravages de la malnutrition dans les colonies. Son programme initial s'inscrivant dans le cadre des accords passés à Hot Springs consistait à déterminer l'état nutritionnel des populations ainsi que le déficit en aliments dans les colonies constituant l'AOF et d'identifier les troubles de croissance, les états de malnutrition ou de sous-nutrition (hypovitaminoses, anémies, carences, etc). Outre l'inventaire en quantité et en qualité des ressources alimentaires et leur valeur nutritive, la Mission Anthropologique, sous la direction du médecin colonel Léon Palès s'occupa de la formation du personnel médical et de l'éducation du public en matière alimentaire (campagnes contre le gaspillage, sensibilisation sur les méthodes de conservation de la valeur nutritive des aliments, etc). Les études nutritionnelles, portant essentiellement sur les groupes vulnérables (nourrissons, enfants, femmes enceintes ou allaitantes), élaborèrent des programmes axés sur les tables alimentaires, des enquêtes sur les consommations, la valeur nutritive des aliments et les habitudes alimentaires. Les recherches alimentaires, complétées par des cartographies, des études physiologiques, biologiques, hématologiques et pathologiques, permirent la collecte de précieuses informations relatives aux carences protéiniques, caloriques et vitaminiques survenant surtout en période de soudure ainsi que des données sur les pathologies nutritionnelles (avitaminoses, anémies, kwashiorkor).

L'importance des questions alimentaires et nutritionnelles dans l'avenir des colonies aboutit à l'organisation de conférences inter africaines sur l'alimentation et la nutrition (Dschang au Cameroun, Fajara en Gambie et Brazzaville au Congo en 1952) aux fins d'élaborer et d'approfondir les connaissances sur les conditions nutritionnelles des enfants et de leurs mères. Ouvrant la séance plénière de la conférence de Dschang le 3 octobre 1949, le Haut Commissaire de la république française, dans son allocution, décline les enjeux alimentaires et nutritionnels dans la mise en valeur des colonies. Selon le Haut Commissaire, les problèmes alimentaires et nutritionnels revêtent une importance capitale en Afrique noire. D'autant plus qu'il s'agit d'une « question primordiale puisque la conservation de la vie, l'entretien de la santé, l'heureux développement des jeunes et des enfants, en bref, l'avenir même de la race se trouve très étroitement lié au grave problème de la nourriture quotidienne. L'Afrique noire fait actuellement sa croissance dans tous les domaines, économique, politique, social, culturel. Elle aura d'autant plus de chances de la mener à son plein épanouissement, que la croissance même de ses enfants se sera harmonieusement effectuée et aura fait d'eux des hommes robustes et sains qui puissent efficacement participer, pour leur plus grand bien et leur plus grand profit, à la mise en valeur de leur pays »¹⁰.

Les recommandations de ces différentes conférences débouchèrent sur la création d'une nouvelle structure, l'ORANA (Organisme permanent de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines) devant poursuivre les anciennes missions

¹⁰ IH 56 (163) : Conférence inter-africaine sur l'alimentation et la nutrition, Fajara (Gambie) 19 nov.-2 déc. 1952 ; Dschang (Cameroun) 3-9 octobre 1949.

assignées à la Mission Anthropologique. La doctrine de l'ORANA en matière de recherche, concernait principalement l'étude des aliments riches en protéines et adaptés à l'alimentation de sevrage et à la « supplémentation » (huile de foie de requin de fabrication locale à Joal, etc).

Au bilan, l'instauration de programmes de repas scolaires, l'alimentation des groupes physiologiquement prioritaires (mères, nourrissons), l'éducation des mères (techniques de préparation et de conservation des aliments, hygiène, lutte contre le parasitisme sanguin et digestif), la formation du personnel médical, la création et la vulgarisation de la vente de nouveaux produits (à l'image de la semolina à base de semoule, maïs et de tourteaux d'arachide), la distribution de lait et de capsules vitaminées, la mise sur pied de centres pilotes à Popenguine et à Mont Rolland et de structures de récupération nutritionnelle ont permis, à l'évidence, une amélioration de la situation nutritionnelle des groupes vulnérables ainsi qu'une diminution de la morbidité et de la létalité infantiles.

Tableau 6 : Evolution de la mortalité infantile à Mont Rolland de 1951 à 1955

1951221‰
1952235‰
1953166‰
1954189‰
1955132‰

Tableau 7 : Quantités globales de lait en poudre distribuées de 1957 à 1960

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

NB : écol. = écoliers grs = grammes j = jours *Source : 1H95 (163)*

Tableau 8 : Quantités annuelles de capsules vitaminées distribuées

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

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

En outre, le maillage, la forte polarisation des infrastructures (centres pilotes à Popenguine et Mont Rolland) et des interventions à l'ouest de la colonie laissent apparaître une juxtaposition de régions périphériques (Moyenne Casamance, Vallée du Fleuve, Sénégal Oriental, Ferlo) fortement marquées par des carences nutritionnelles et des taux de rachitisme élevés en contraste à la zone occidentale relativement privilégiée.

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

CONCLUSION

Au Sénégal, l'analyse des désordres nutritionnels couramment observés durant la période coloniale met en évidence les avitaminoses, les anémies carencielles et la malnutrition protéino-calorique de la première enfance dont le kwashiorkor et le marasme constituent les formes les plus fréquentes. Pourtant, en dépit des effets ravageurs des pathologies nutritionnelles infantiles c'est sur le tard que l'administration coloniale se focalisa sur le problème majeur de la malnutrition.

En fait, il fallut attendre l'après-guerre (1945), sous la pression de l'opinion internationale et face aux impératifs de mise en valeur coloniale pour voir la lutte contre la malnutrition occuper le devant de la scène. La remise en cause du projet colonial par une morbidité et une létalité du reste importantes, induites par le péril alimentaire et nutritionnel commandait la prise à bras le corps du problème de la malnutrition, beaucoup moins d'ailleurs par philanthropie que par nécessité.

Pourtant, la lutte contre la malnutrition, bien que dictée par l'impératif d'exploitation des colonies, participa sensiblement à l'amélioration de la situation alimentaire et nutritionnelle qui se concrétisa par une réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles.

Toutefois, les succès furent relativisés par les limites et les carences des réponses apportées par les pouvoirs coloniaux, souvent biomédicales et technicistes et, de surcroît, ignorant les réalités socioculturelles africaines. Par ailleurs, aux déficiences matérielles et au déficit de personnel qualifié, répondirent un maillage et une forte polarisation des infrastructures et des interventions à l'ouest du territoire impliquant une baisse graduelle des niveaux nutritionnels et sanitaires de la zone occidentale à la périphérie où les enfants, exposés à une polycarence, deviennent la cible privilégiée des infections.

Glossaire

- AMI : Assistance Médicale Indigène
- FAO : Food and Agriculture Organisation ; Organisation des Nations Unies
pour L'Alimentation et l'Agriculture
- FISE : Fonds International de Secours à l'Enfance
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ORANA : Organisme Permanent de Recherche sur l'alimentation et la Nutrition Africaines

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 (béribéri, grippe, kwashiorkor, rougeole). 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.

Bibliographie.

Aubry (L) 1949, « Alimentation, nutrition et santé dans la première enfance (0-7ans) à Saint-Louis en 1947 ». Rapport Conférence interafricaine de Dschang (Cameroun), 3-9 oct.1949.

Aufret (C) et Tanguy (F) 1949, Dépistage des états de carences et subcarences chez les Africains de la région de Dakar. Vitamine C dans le lait des femmes africaines de Dakar. Note 30. Communication à la Conférence de Dschang

Bergeret (C), 1950, La dégénérescence graisseuse du foie de l'enfant noir ; ses rapports avec la cirrhose et le cancer du foie. In Rapport de la Conférence de Dschang p. 382.

Bergouniou (J-L) 1950, Carences alimentaires à la consultation des nourrissons et jeunes enfants de 0 à 4 ans à Kaolack et Fatick. ORANA

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,

Bergouniou (J-L) 1956, Malnutritions et sous-nutritons de l'enfant au sevrage. Leurs rapports avec les cirrhoses de l'adulte.

CINAM 1960, Rapport Hygiène Santé sur les perspectives de développement du Sénégal.

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

EAO 1952, Le kwashiorkor en Afrique. Rome

France, Ministère de la France d'Outre-Mer, Direction du Service de Santé (1949), Rapport sur la protection de l'enfance dans les territoires africains, 1946

Ndao (M) 2003, *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

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

Raoult (A) 1957, « Effets d'une campagne antimalarique et d'une supplémentation azotée de la population infantile rurale du Sénégal (Mont Rolland, Cercle de Thiès) » in *Bulletin AOF* 1957, II No 1

Ricou Dr. 1942, De la réorganisation des services sanitaires et médicaux de l'Afrique Occidentale Française, Dakarle 14 août 1942.

Sarraut (A) 1923, La mise en valeur des colonies françaises, Paris, Payot.

Sénécal (J), Raoult (A), Phille (G), Dupin (N), Sayerse (C) 1955, « Traitements des malnutritions protidiques chez l'Africain. Le problème de l'alimentation complémentaire ». Communication au Congrès de Strasbourg.

Sénécal (J), Phille (G), Dupin (H), Palancade (P) 1956, « Les échéances électrolytiques au cours de la dénutrition azotée dans le kwashiorkor ». *Société Médicale de l'AOF*, 5 janvier 1956

